Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. O. Schrappe

DIE AMBULANTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG DURCH NIEDERGELASSENE NERVENÄRZTE IM WEITEREN EINZUGSGEBIET DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK WÜRZBURG

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Ludwig Kappos
aus Erlangen

Würzburg, den 1. Februar 1980

Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. O. Schrappe

DIE AMBULANTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG DURCH NIEDERGELASSENE NERVENÄRZTE IM WEITEREN EINZUGSGEBIET DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK WÜRZBURG

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Ludwig Kappos
aus Erlangen

Würzburg, den 1. Februar 1980

Referent:	Professor Dr.med. O. Schrappe
Korreferent:	Professor Dr.med. H. Sattes
Dekan:	Professor Dr.med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Mai 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

Meinen Eltern

Meiner Frau

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543521_0025

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
A.	EINLEITUNG	1
B.	DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER METHODE	4
1.	Untersuchter Personenkreis und Befragungsgebiet	4
2.	Vorbereitung der Untersuchung	6
3.	Methode der Befragung	7
4.	Durchführung der Untersuchung	9
5.	Auswertung der Untersuchung	10
C.	LITERATURÜBERSICHT, DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	12
1.	Strukturelle Daten zur Praxis des niedergelassenen Nervenarztes	12
1.1.	Übersicht über bisher vorliegende Untersuchungen	12
1.1.1.	Zur Versorgungsdichte	13
1.1.2.	Charakteristika der nervenärztlichen Praxis	15
1.1.3.	Altersstruktur und Ausbildung niedergelassener Nervenärzte	17
1.2.	Ergebnisse der eigenen Untersuchung	18
1.2.1.	Versorgungsdichte	18
1.2.2.	Charakteristika der untersuchten Nervenarztpraxen	22
1.2.3.	Zur Altersstruktur und Ausbildung	28

Seite

1.3. Diskussion der Ergebnisse 38

1.3.1. Versorgungsdichte 38

1.3.2. Charakteristika der nervenärztlichen Praxis 39

1.3.3. Zur Altersstruktur und Ausbildung 41

2. Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis 44

2.1. Übersicht über bisher vorliegende Untersuchungen 44

2.1.1. Zur Problematik der diagnostischen Klassifikation 44

2.1.2. Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis 48

2.2. Ergebnisse der eigenen Untersuchung
Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen 52

2.3. Diskussion der Ergebnisse zur Diagnosenverteilung 54

D. ZUSAMMENFASSUNG 58

E. ANHANG 61

LITERATURVERZEICHNIS I - IX

A. EINLEITUNG

Im Zusammenhang mit einem größeren Forschungsprojekt zur Untersuchung der Versorgung psychisch Kranker und des Bedürfnisses an teilstationären und komplementären Einrichtungen im weiteren Einzugsbereich der Universitäts-Nervenklinik Würzburg fand eine Befragung aller in diesem Gebiet niedergelassenen Nervenärzte statt.

Diese Befragung hatte neben den in dieser Arbeit dargestellten Inhalten auch die Stellung niedergelassener Nervenärzte zu teilstationären und komplementären Einrichtungen, den Bedarf an verschiedenen psychosozialen Diensten, die Kommunikation zwischen niedergelassenen Nervenärzten und psychiatrischen Institutionen, die Problematik der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, sowie die Erfahrungen der Nervenärzte bei der Neurosenbehandlung zum Gegenstand.

Die ambulante Versorgung psychisch Kranker erfolgt zum weit überwiegenden Teil durch in freier Praxis niedergelassene Nervenärzte. Im Gegensatz zu der seit längerem betriebenen intensiven Forschung im stationären Bereich lagen über deren Arbeit bis zu Beginn der 70-er Jahre kaum Untersuchungen vor. Gerade die heute von vielen Autoren geforderten sozialpsychiatrischen Reformen setzen jedoch eine Bestandsaufnahme der Versorgungsleistungen aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten voraus. Erst durch sie werden eine sachlichere Beurteilung der bestehenden Verhältnisse möglich und verläßlichere Grundlagen und Argumente für eine Verbesserung der Versorgungsstruktur sowie deren sinnvolle Planung verfügbar.

Die vorliegende Arbeit ist in ihrer Zielsetzung und Thematik nur eingeschränkt mit einer Reihe von ähnlichen Untersuchungen der letzten Jahre zu vergleichen, welche die Klientel der niedergelassenen Nervenärzte eines bestimmten Gebietes zum Gegenstand hatten. Sie bezieht sich zwar wie diese auf die Klientel der niedergelassenen Nervenärzte einer umschriebenen Region, ist jedoch mehr auf die Person und die Praxis des Nervenarztes zentriert. So werden neben der diagnostischen Zusammensetzung der Klientel die Charakteristika der nervenärztlichen Praxis sowie Altersstruktur und Ausbildung der Nervenärzte thematisiert. In dieser Hinsicht existieren in der einschlägigen Literatur bisher keine Daten.

Die Methode des persönlich durchgeführten halbstrukturierten Interviews wird am ehesten der Intention dieser Untersuchung gerecht, die - neben der Erhebung von in dieser Arbeit zu referierenden überwiegend quantitativen Daten - den Befragten auch die Möglichkeit der persönlichen Stellungnahme zu verschiedenen aktuellen Problemen der psychiatrischen Versorgung geben sollte.

Gegliedert ist die Arbeit, was Literaturübersicht sowie Darstellung und Diskussion der Ergebnisse anbelangt, in zwei unabhängige Abschnitte:

Im ersten werden strukturelle Daten zur Praxis niedergelassener Nervenärzte dargestellt mit den Themen: Versorgungsdichte der Befragungsregion; Altersstruktur und Ausbildung der Nervenärzte, wobei über die Facharztausbildung hinausgehende zusätzliche Ausbildungen besonders angesprochen werden; Praxisgröße sowie Anteil der psychiatrischen an der Gesamtklientel.

Der zweite Abschnitt betrifft neben der diagnostischen Zusammensetzung der Klientel auch die Problematik der diagnostischen Klassifikation; auf sie wurde in diesem Zusammenhang gesondert eingegangen, um die Relevanz von Zahlen über die Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen aufzuzeigen.

B. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER METHODE

1. Untersuchter Personenkreis und Befragungsgebiet

Der zu befragende Personenkreis umfaßte alle im weiteren Einzugsbereich der Universitäts-Nervenklinik Würzburg niedergelassenen Nervenärzte; vorausgesetzt wurde, daß sie mindestens seit dem 1.8.1978 in freier Praxis tätig waren und so zum Zeitpunkt der Befragung über mindestens ein Quartal Praxiserfahrung verfügten.

Das Befragungsgebiet wurde bestimmt aus der Patientenkartei der Universitäts-Nervenklinik nach den hier vermerkten geographischen Herkunftsräumen der Patienten, wobei auch entfernter gelegene und nur einen kleineren Teil der Klientel betreffende Landkreise mitberücksichtigt wurden. Das somit durch die Befragung zu erfassende Gebiet umschließt folgende Regierungsbezirke bzw. Landkreise und kreisfreie Städte: Den gesamten Regierungsbezirk Unterfranken; die Landkreise bzw. kreisfreien Städte Bamberg, Coburg, Lichtenfels, Kronach, Kulmbach, Hof und Wunsiedel des Regierungsbezirkes Oberfranken; die Landkreise Neustadt/Aisch - Bad Windsheim, Weißenburg - Gunzenhausen sowie Stadt- und Landkreis Ansbach im Regierungsbezirk Mittelfranken; in Baden-Württemberg den Main-Tauber-Kreis und schließlich in Hessen den Landkreis Fulda (Abb. B a).

Abbildung B a):
Darstellung des Befragungsraumes: Eingezeichnet sind alle Städte, an denen Nervenärzte am 1.8.1978 niedergelassen waren. Neben dem Namen der Stadt wurde die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte angeführt. Die großen Zahlen stellen die Bezeichnungen von Versorgungsgebieten (innerhalb der gestrichelten Linien) dar, entsprechend dem Entwurf des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit- und Sozialordnung für ein "Aktionsprogramm Psychiatrische Versorgung in Bayern", Stand 1978.

Versorgungsgebiete:

1 ASCHAFFENBURG
2 WÜRZBURG
3 SCHWEINFURT
4A BAMBERG
4B COBURG
5B HOF
8 ANSBACH

Abbildung B a)

⊕ = Psychiatrische Fachkrankenhäuser

U = Universitätsnervenklinik

Entsprechend den vorgenannten Kriterien waren insgesamt 44 Nervenärzte zu befragen, 43 davon erklärten sich zu einer Beteiligung an der Untersuchung bereit. Unter diesen befanden sich: ein überwiegend und drei ausschließlich als Psychotherapeuten tätige Nervenärzte, davon einer vorübergehend nicht niedergelassen; zwei Chefärzte, die eine Nervenklinik bzw. die neurologische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses mit jeweiliger Ermächtigungsambulanz leiten. Zusätzlich wurde ein Amtsarzt mit größerer Konsiliar- und Gutachtenpraxis in die Untersuchung miteinbezogen.

2. Vorbereitung der Untersuchung

Namen und Anschriften der in die Untersuchung einzubeziehenden Nervenärzte wurden den aktuellen Verzeichnissen der jeweiligen Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Hessens und Baden-Württembergs, sowie einem Verzeichnis überweisender Ärzte der Universitäts-Nervenklinik entnommen. Ein im November 1978 von der Universitäts-Nervenklinik aus versandtes Schreiben kündigte die Untersuchung an und erläuterte deren Thematik und Zweck.

Die telefonische Absprache der Termine für die Interviews war nicht ganz einfach, wohl auch, weil die Befragung in die für niedergelassene Nervenärzte besonders arbeitsintensiven Monate Dezember bis Februar fiel. Um so erfreulicher war das allgemeine Interesse an den Inhalten der Untersuchung, sowie die Tatsache, daß nur einer der Betroffenen die Mitarbeit ablehnte.

3. Methode der Befragung

Die gesamte Befragung wurde in Form eines halbstrukturierten Interviews durchgeführt. Sie umfaßte neben den in der vorliegenden Arbeit darzustellenden noch eine Reihe weiterer Themen: Stellung niedergelassener Nervenärzte zu teilstationären und komplementären Einrichtungen; Bedarf an verschiedenen psychosozialen Diensten; Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenen Nervenärzten und psychiatrischen Institutionen; Problematik der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken aus der Sicht des Nervenarztes; Erfahrungen niedergelassener Nervenärzte in der Neurosenbehandlung.*)

Als Leitfaden für die Befragung diente ein weitgehend vorstrukturierter Fragebogen, dessen für die darzustellende Thematik relevante Fragen hier angeführt werden:

- Fragen zur Person und Ausbildung:

A1) Wann sind Sie geboren (Jahrgang)?
A2) Wann haben Sie Ihr Staatsexamen abgelegt?
A3) Wann haben Sie Ihre Facharztausbildung abgeschlossen?
A4) Wie lange und wo waren Sie klinisch tätig? Bitte geben Sie die Dauer der jeweiligen Tätigkeit an sowie die Fachrichtung und den Namen der Institutionen, an denen Sie tätig wurden.
A5) Wie lange und wo waren Sie außerklinisch tätig?

---

*) Die beiden erstgenannten Themen (Stellung niedergelassener Nervenärzte zu teilstationären und komplementären Einrichtungen, Bedarf an verschiedenen psychosozialen Diensten) sind ebenfalls Gegenstand einer Dissertation (Hempfling 1980).

A6) Haben Sie eventuell über die Facharztausbildung hinausgehende zusätzliche Ausbildungen (z.B. EEG, EMG, Psychotherapie...)? Wenn ja, welche? Falls Psychotherapie, welche Richtung? Mit oder ohne Zusatztitel Psychotherapie?

- Fragen zur Struktur der Praxis:

A7) Wieviele Patienten behandeln Sie in etwa im Quartal? (Anzahl der Krankenscheine plus Anzahl der Privatpatienten pro Quartal)

A8) Wie hoch ist der jeweilige Anteil psychiatrischer bzw. neurologischer Patienten in Ihrer Klientel?

- Fragen zur Diagnosenverteilung:

A9) Lesen Sie bitte den vorliegenden Diagnosenschlüssel*) durch und geben Sie an, wieviel % Ihrer psychiatrischen Patienten Sie in die jeweilige diagnostische Kategorie einordnen würden!

Zusätzlich zu den so erfragten Daten sollte vom Interviewer festgehalten werden, ob es sich um eine Einzel- oder Gruppenpraxis handelte. Aufgrund seines subjektiven Eindrucks sollte die jeweilige Praxis nach drei Beschreibungsmerkmalen eingestuft werden: großzügige oder weniger großzügige räumliche Ausstattung, eher klinische oder wohnlich-gemütliche Atmosphäre, gut oder weniger gut erreichbare Lage.

Bei den erfragten Zahlen- bzw. Prozentangaben handelt es sich durchweg um Schätzwerte, die der jeweilige Nervenarzt aus dem Gedächtnis zu ermitteln hatte, ohne daß eine aufwendige Auswertung seiner Kartei verlangt wurde.

---

*) Diagnosenschlüssel, siehe Anhang, S. 61.

Für die Fragen zur Diagnosenverteilung wurde ein nur diagnostische Hauptgruppen enthaltender, eigener Diagnoseschlüssel in Anlehnung an die ICD-Klassifikation erstellt, der im Anhang abgedruckt wird. Wegen der speziellen Zielrichtung dieser Befragung in Hinblick auf teilstationäre und komplementäre Einrichtungen wurde auch die Diagnose "Hospitalismusgeschädigt" mit in den Schlüssel aufgenommen.

4. Durchführung der Untersuchung

Die Interviews wurden von zwei Untersuchern durchgeführt, die etwa ein Jahr vor der Befragung ihr Medizinstudium abgeschlossen hatten; beide hatten im Rahmen ihrer Ausbildung Gelegenheit, einige Zeit in einem psychiatrischen Krankenhaus zu arbeiten.

Zwischen 20.12.1978 und 1.3.1979 wurden 44 Nervenärzte von jeweils einem oder beiden Untersuchern in ihrer Praxis aufgesucht. Die durchschnittliche Dauer eines Interviews betrug etwa eine Stunde, mit einem Minimum von einer halben und einem Maximum von zweieinhalb Stunden.

Jedes Interview wurde mit einer kurzen Darstellung des Vorhabens sowie mit dem Hinweis eingeleitet, daß die Auswertung anonym erfolge. Während der Durchführung der eigentlichen Befragung beschränkte sich der Interviewer auf die Formulierung von ergänzenden Fragen. Am Ende des Gesprächs war dann Gelegenheit gegeben, Fragen oder Kritik zu besprechen.

Um eine gewisse Gleichförmigkeit der Durchführung zu gewährleisten, wurden fünf der Interviews von beiden Untersuchern gemeinsam durchgeführt, wobei jeweils einer die

Befragung übernahm und einer beobachtete und mitprotokollierte.

Die Befragung bezüglich persönlicher Daten und Ausbildung sowie Struktur der Praxen wurde nur mitprotokolliert. Um den anonymen Charakter der Auswertung zu betonen, wurde bei diesen Fragenkomplexen auf eine Tonbandaufnahme verzichtet. Ab der Frage zur Diagnosenverteilung konnte mit Zustimmung von 39 der Befragten das Gespräch auf Tonband aufgenommen werden; nur vier Nervenärzte lehnten eine Tonbandaufnahme ab. Zur Sicherung der Anonymität wurden Tonbandaufnahmen und Mitschriften mit Code-Nummern versehen, deren Schlüssel nur den Untersuchern bekannt war.

5. Auswertung der Untersuchung

Die Mitschriften der Gespräche und vollständigen Abschriften der Tonbandaufnahmen bildeten die Grundlage der Auswertung. Um den Untersuchereffekt möglichst zu kontrollieren, wurden die erhaltenen Daten nur dort kategorisiert, wo es anhand von eindeutigen Kriterien durchgängig möglich war. Die jeweilige Kategorisierung erfolgte durch beide Untersucher getrennt; beim Vergleich der unabhängig durchgeführten Auswertungen ergab sich eine hohe Übereinstimmung.

Je nach Thema der Frage konnten bei der Auswertung die Antworten einiger Ärzte nicht verwertet werden. Nähere Ausführungen dazu finden sich in den entsprechenden Abschnitten der Darstellung der Ergebnisse.

Auf eine weitergehende statistische Verarbeitung der erhaltenen Daten wurde in dieser Untersuchung verzichtet. Einerseits, weil es sich um eine orientierende Vorstudie handelt, die noch nicht von konkreten zu überprüfenden Hypothesen ausgehen konnte, andererseits, weil die Erhebung praktisch die Gesamtheit der zu untersuchenden Personengruppe erfaßt hat, für die sie beansprucht gültige Aussagen zu treffen. Weitergehende verallgemeinernde Schlüsse waren nicht intendiert.

Schließlich ist die Aussagekraft der statistischen Verarbeitung von Schätzzahlen in der empirischen Sozialforschung ohnehin umstritten.

C. LITERATURÜBERSICHT, DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

1. Strukturelle Daten zur Praxis des niedergelassenen Nervenarztes

1.1. Übersicht über bisher vorliegende Untersuchungen

Untersuchungen zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte lagen zu Beginn der 70-er Jahre kaum vor, sieht man ab von den Beschreibungen ihrer jeweiligen Praxis durch Amtenbrink (1963), Ott (1964, 1974) und Gabriel (1970). Erst in den letzten Jahren erschienen umfassendere Untersuchungen, die den ambulanten Versorgungsbereich zum Gegenstand forscherischen Bemühens machten: 1973 eine breit angelegte statistische Untersuchung von Degkwitz u. Schulte in Baden-Würtemmberg und Hamburg; 1975 eine Erhebung in Westfalen durch Weinland; 1974 eine auf Alterspatienten bezogene Arbeit von Cornelsen u. Dahlhoff in Süd-Niedersachsen. 1976 wurde im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. eine größere Studie vom Institut für Medizinische Statistik Frankfurt/Main durchgeführt, deren Ergebnisse Römer (1977) berichtet.

Bereits 1970/71 hatte das Europa-Büro der WHO in Kopenhagen angesichts des eklatanten Mangels an Daten aus dem Bereich der ambulanten Versorgung eine multinationale Studie bei niedergelassenen Nervenärzten, in Ambulatorien und Polikliniken veranlaßt. In diesem Rahmen führten Dilling und Mitarbeiter eine eingehende Untersuchung von acht nervenärztlichen Praxen in Oberbayern durch (Dilling 1974, 1977; Dilling, Weyerer u. Lisson 1975; Dilling u. Weyerer 1975, 1978).

Im folgenden soll ein kurzer Überblick über bisherige Ergebnisse gegeben werden - soweit sie für die eigene Untersuchung von Belang sind. Schwerpunkte sind dabei: 1. Daten zur Versorgungsdichte, 2. Charakteristika der nervenärztlichen Praxis (auf die Diagnosenverteilung wird in einem späteren Abschnitt eingegangen), 3. Altersstruktur und Ausbildung niedergelassener Nervenärzte.

1.1.1. Zur Versorgungsdichte

Die Bedeutung der niedergelassenen Nervenärzte für die ambulante Versorgung psychisch Kranker ergibt sich daraus, daß etwa 1.6 % der Gesamtbevölkerung der BRD sich mindestens einmal pro Quartal in eine nervenärztliche Praxis begibt (Römer 1977). Dilling (1974) gibt an, daß ungefähr 5 - 6 mal mehr Patienten ambulant behandelt werden als stationär, wobei sich seine Zahlen allerdings auf einen ländlichen Bereich Oberbayerns beziehen.

Nach Angaben der Bundesärztekammer (Gehb 1978) gab es in der Bundesrepublik Deutschland (ohne West-Berlin) am 1.1.1978 3613 Fachärzte für Neurologie / Psychiatrie, davon waren 1434 hauptberuflich in freier Praxis tätig. Legt man eine Gesamtbevölkerung von 59.458.000 (ohne die 1.937.000 Einwohner West-Berlins) zugrunde (Statistisches Bundes-Amt 1978), so ergibt sich eine Versorgungsdichte von 1 : 41.463. Ende 1974 lag das entsprechende Verhältnis bei 1 : 48.910 (Angaben der Bundesärztekammer, Gehb 1975).

Zu berücksichtigen ist, daß diese Zahlen der Bundesärztekammer auch Nervenärzte enthalten, die ausschließlich Privatpraxen betreiben, darunter nicht mehr in vollem Umfang berufstätige Frauen und ältere Ärzte (Bericht 1975). So gibt Römer (1977) für den 31.12.1974 eine um 14 % niedrigere Zahl an und errechnet daraus eine Versorgungsdichte

von 1 : 56.790. Die von ihm angegebene Anzahl niedergelassener Nervenärzte stimmt auch mit entsprechenden Zahlen der Enquête-Kommission überein (Bericht 1975).

Vom 1.1. bis 31.12.1977 wurden von den Ärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin 283 Facharzt-Anerkennungen für Neurologie / Psychiatrie ausgesprochen. Das entspricht 7.8 % der Gesamtzahl an Fachärzten für Neurologie / Psychiatrie (zum Vergleich: Innere Medizin 9.2 %) (Berechnungen nach Angaben von Gehb 1978).

Die Anzahl der hauptberuflich in freier Praxis tätigen Nervenärzte erhöhte sich zwischen 1.1.1975 und 1.1.1978 von 1226 auf 1434, was einer prozentualen Steigerung in drei Jahren von 17 %, bzw. einer jährlichen Zuwachsrate von etwa 5.4 % entspricht (Berechnung nach Angaben der Bundesärztekammer, Gehb 1978; ohne West-Berlin). Im Vergleich dazu geben Degkwitz u. Schulte (1973) für den Zeitraum von 1970 bis 1972 eine Zuwachsrate von 4 % an.

Diese Zahlen besitzen jedoch nur eine geringe Aussagekraft, da erhebliche regionale Unterschiede der Versorgungsdichte bestehen. Sie äußern sich in einer relativen Unterversorgung ländlicher Gegenden und Überversorgung von Ballungsgebieten (Bericht 1975). Das sei durch folgende Zahlen demonstriert: München 1 : 14.000 (Dilling 1977); Hamburg 1 : 27.500; Bayern 1 : 48.000; Rheinland-Pfalz 1 : 92.200 (Römer 1977). In den Flächenstaaten Niedersachsen, Hessen und Bayern waren nach Angaben aus dem Bericht zur Lage der Psychiatrie etwa die Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte ohne niedergelassenen Nervenarzt, in Baden-Württemberg etwa ein Zehntel.

1.1.2. Charakteristika der nervenärztlichen Praxis

Die Gesamtzahl der pro Quartal durch niedergelassene Nervenärzte behandelten Patienten betrug 1974 in der BRD und West-Berlin 999.000. Das ergibt bei 1101 Nervenärzten eine Anzahl von durchschnittlich etwa 900 Patienten pro Nervenarzt und Quartal (wiederholte Konsultationen innerhalb eines Quartals wurden nicht berücksichtigt). In dieser Zahl sind Privatpatienten (ca. 9 %) sowie Konsiliaruntersuchungen (ca. 3 %) und Gutachtentätigkeit enthalten, wobei diese Anteile mit dem Alter des Praxisinhabers und der Praxis zunehmen (Römer 1977). Eine Übersicht zu den in der Literatur angegebenen Praxisgrößen findet sich in Tabelle 1.1.2.a.

Tabelle 1.1.2.a:
Von verschiedenen Untersuchern angegebene durchschnittliche Praxisgröße

Autor	Weinland 1975	Degkwitz u. Schulte 1973		Römer 1977	Dilling 1977
Region	Westfalen	Süd-Württemberg Hohenzollern	Hamburg	Bundesgebiet und Westberlin	Oberbayern
Anzahl der Praxen	112 (20) *)	10	22	1101	6
Durchschn. Anzahl von Pat. pro Quartal	635 (1055) *)	810	660	900	700

*) Die Zahl in Klammern bezieht sich auf 20 von Weinland näher untersuchte große Praxen in Westfalen.

Durchschnittlich finden zwischen Nervenarzt und Patient drei Kontakte pro Quartal statt (Römer 1977). Diese Zahlen variieren naturgemäß stark. So hat Dilling (1977) angegeben, daß über 40 % der Patienten die Praxis nur einmal im Halbjahr aufsuchen, etwa 20 % zweimal, etwa 40 % dreimal oder häufiger; die mittlere Kontaktfrequenz liegt somit bei etwa drei pro Halbjahr, also vermutlich niedriger als die entsprechende Zahl bei Römer (die ja pro Quartal angegeben ist), was eine Erklärung in der überwiegend ländlichen Struktur des von Dilling untersuchten Gebietes finden könnte.

Der Anteil der psychiatrischen Diagnosen an der Klientel des Nervenarztes überwiegt entsprechend den Ergebnissen der meisten Untersucher den Anteil der neurologischen Diagnosen. In Oberbayern macht er 58 % aus (Dilling 1977), in Hamburg 63 % (Degkwitz u. Schulte 1973), in Westfalen 50 % (Weinland 1975) und in Süd-Württemberg-Hohenzollern 49 % (Degkwitz u. Schulte 1973), wobei letztere Zahl die niedrigste der in der Literatur hierzu angegebenen darstellt. In Holland, das eine vergleichbare ambulante Versorgungsstruktur aufweist, fand Giel (1973) einen Anteil von 55 %.

Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, daß es Diagnosen gibt, die mit der gleichen Berechtigung sowohl dem psychiatrischen als auch dem neurologischen Diagnosenanteil zurechenbar sind. Weiterhin scheinen einige Untersucher unterschiedlich mit dem Anteil derjenigen Patienten umgegangen zu sein, die sowohl neurologisch als auch psychiatrisch diagnostiziert wurden. Degkwitz und Schulte (1973) haben beispielsweise diesen Anteil von - wie sie angeben - immerhin 10 % der psychiatrischen Klientel zugerechnet, während umgekehrt Weinland (1975) ihn der neurologischen zugeschlagen hat.

Während Gemeinschaftspraxen heute noch relativ selten sind, überwiegen Einzelpraxen mit 1 - 4 Mitarbeitern. An technischer Ausstattung findet man am häufigsten ein EEG-Gerät (90 %) sowie einen Echoencophalographen (70 %); dagegen sind Röntgen- und Nuklearanlagen eine Seltenheit (Weinland 1975).

Der Schwerpunkt therapeutischen Handelns liegt eindeutig bei der Arzneimitteltherapie, die nach Römer (1977) bei 74 % aller Patienten Anwendung findet, jedoch bei 22 % durch "kleine" Psychotherapie ergänzt wird. Physikalische Therapie erhielten 11 % der Patienten, eine "kleine" Psychotherapie oder Analyse ohne Medikamente 5 % (Römer 1977).

1.1.3. Altersstruktur und Ausbildung niedergelassener Nervenärzte

Über die Altersstruktur niedergelassener Nervenärzte finden sich in der zugänglichen Literatur kaum Angaben. Römer (1977) beschränkt sich auf die Aussage, daß 58 % der Patienten von Nervenärzten behandelt werden, die zwischen 50 und 60 Jahre alt sind. Ehrhardt (1972) gibt für Ende der sechziger Jahre als durchschnittliches Alter aller Krankenhauspsychiater das erste Drittel des sechsten Lebensjahrzehnts an.

Auch bezüglich Ausbildung und Effektivität der Weiterbildung gibt es, soweit uns bekannt, keine im deutschen Sprachraum erhobenen Daten. Carmichael u. Mitarb. (1974) berichten über die Ergebnisse einer von den American Psychiatric Association unter ihren Mitgliedern durchgeführten Untersuchung. Aus den 3093 bei einer schriftlichen Befragung zurückgesandten Fragebögen (Rücksendequote 63 %) ergab sich mit zunehmendem zeitlichen Abstand seit Abschluß der

Facharztausbildung (nach Beendigung des "residency training") ein gradueller Abfall der Leistung in diesem Multiple-Choice-Test.

1.2. Ergebnisse der eigenen Untersuchung

1.2.1. Versorgungsdichte

In dem durch unsere Untersuchung erfaßten Raum waren am 1.8.1979 41 Nervenärzte in freier Praxis tätig, davon zwei mit ausschließlich und einer mit hauptsächlich psychotherapeutischer Praxis. Diesen entsprach eine Gesamtbevölkerung von 2.665.800 Einwohnern auf einer Gesamtfläche von 20.715,72 qkm; das entspricht einer mittleren Einwohnerzahl von 129 pro qkm. Die Gesamtversorgungsdichte durch niedergelassene Nervenärzte betrug 1 : 65.020, wobei diese bei den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten zwischen 1 : 25.930 (Würzburg, Stadt und Landkreis) und 1 : 168.000 (Hof, Stadt und Landkreis) variierte. Betrachtet man nur die Landkreise (kreisfreie Städte und ihre Landkreise gemeinsam betrachtet), so ergibt sich, daß von 21 Kreisen 6 ohne niedergelassenen Nervenarzt sind, was einem Anteil von 29 % entspricht.*) Zur Versorgungsdichte einzelner Kreise siehe Abbildung und Tabelle 1.2.1.a.

---

*) Würde man den gleichen Berechnungsmodus wie die Enquête-Kommission zugrundelegen, wären von 28 Kreisen und kreisfreien Städten 12 (also 43 %) ohne niedergelassenen Nervenarzt. Da jedoch die den kreisfreien Städten benachbarten Kreise von dort aus mitversorgt werden können, wurde hier der obengenannte Berechnungsmodus vorgezogen.

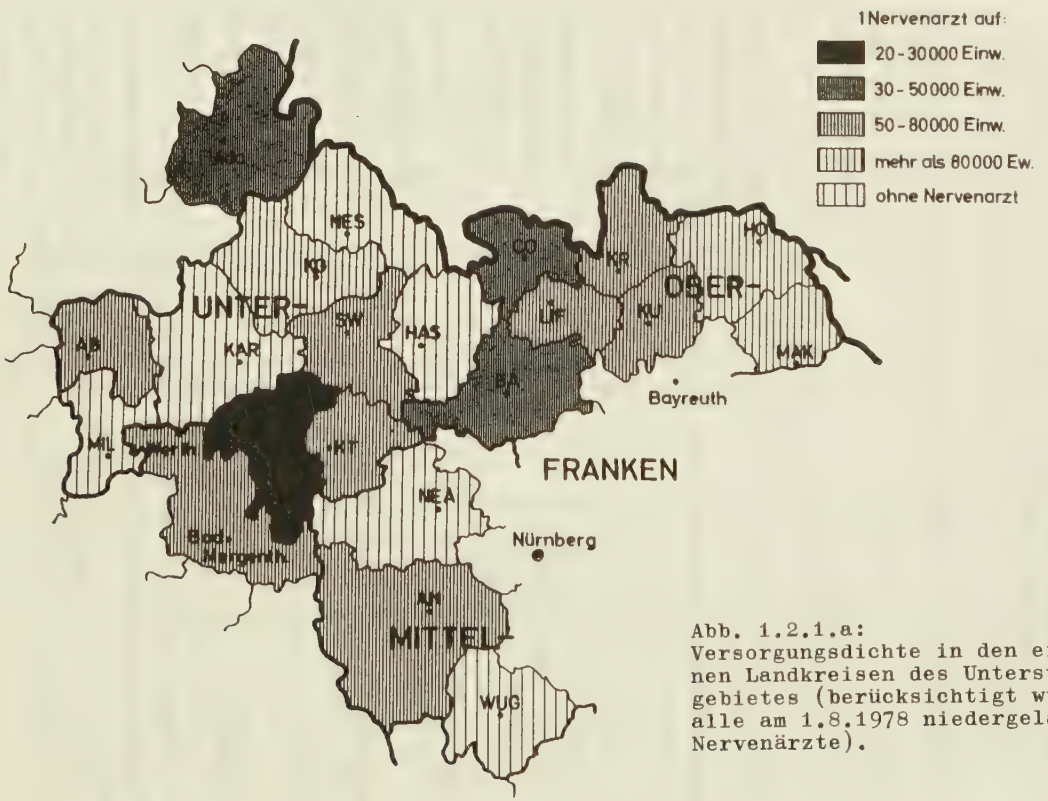


Abb. 1.2.1.a:
Versorgungsdichte in den einzelnen Landkreisen des Untersuchungsgebietes (berücksichtigt wurden alle am 1.8.1978 niedergelassenen Nervenärzte).

Tabelle 1.2.1.a:
Versorgungsdichte einzelner Kreise im Untersuchungsgebiet
Einwohnerzahlen nach: Statistisches Bundesamt (1978)

Landkreise	NÄ*)	Einwohner in Tausend	Einwohner pro NA
RB Unterfranken	19	1.190,2	62.642
Würzburg/Stadt	10	115,7	11.570
Würzburg/LK	0	143,6	-
	10	259,3	25.930
Schweinfurt (Stadt + LK)	3	155,5	51.830
Bad Kissingen	1	104,4	104.400
Rhön-Grabfeld	0	76,5	-
Kitzingen	1	79,4	79.400
Haßberge	0	79,1	-
Aschaffenburg (Stadt + LK)	4	205,4	51.350
Miltenberg	0	110,7	-
Main-Spessart	0	120,0	-
Nur kreisfreie Städte WÜ, SW, AB	17	225,6	13.270
RB Unterfranken ohne kreisfreie Städte	2	964,6	482.300

*) Nervenärzte, die am 1.8.1978 in freier Praxis tätig waren; eine ausschließlich als Kinder- und Jugendpsychiaterin tätige Ärztin wurde nicht berücksichtigt.

Fortsetzung Tabelle 1.2.1.a:

Landkreise	NÄ*)	Einwohner in Tausend	Einwohner pro NA
RB Mittelfranken (3 Kreise)	3	364,4	121.470
Ansbach (Stadt + LK)	3	193,7	64.570
Neustadt/Aisch - Bad Windsheim	0	84,8	-
Weißenburg - Gunzenhausen	0	85,9	-
RB Oberfranken (7 Kreise)	13	798	61.380
Bamberg	5	182,5	36.500
Hof (Stadt + LK)	1	169,0	168.700
Wunsiedel	1	95,9	95.900
Coburg (Stadt + LK)	3	129,3	43.060
Kronach	1	78,0	78.000
Kulmbach	1	76,5	76.500
Lichtenfels	1	67,2	67.200
Angrenzende Kreise aus den anderen Bundesländern			
Main-Tauberkreis	2	123,1	61.550
Fulda	4	190,1	47.525
Alle genannten Kreise zusammen	41	2.665,8	65.020

*) siehe Seite 20

Um einen Eindruck von der relativ ungleichmäßigen räumlichen Verteilung der nervenärztlichen Praxen im Befragungsgebiet zu vermitteln, wurde in Abb. 1.2.1.b um jeden Nervenarztsitz ein Kreis mit dem Radius von 15 km gezogen. Dieser Luftlinienentfernung dürfte etwa eine reale von 20 - 25 km entsprechen. Wie in der Abbildung gut zu erkennen, sind besonders der Raum Würzburg, die kreisfreien Städte, sowie das nordwestliche Oberfranken ausreichend flächendeckend versorgt. Die Landkreise ohne niedergelassene Nervenärzte (Main-Spessart-Kreis, Miltenberg, Rhön-Grabfeld, Haßberge, Neustadt/Aisch-Bad Windsheim und Weißenburg-Gunzenhausen) können auch durch in den benachbarten Landkreisen ansässige Nervenärzte wegen der großen Entfernung nur mangelhaft versorgt werden.

1.2.2. Charakteristika der untersuchten Nervenarztpraxen

Die von den befragten Nervenärzten (ohne Psychotherapeuten) angegebene durchschnittliche Anzahl von behandelten Patienten pro Quartal betrug 680, wobei die größte angegebene Zahl bei 1150 lag, die kleinste bei 230. Zur genaueren Praxisgrößenverteilung siehe Tabelle 1.2.2.a. Die durchschnittliche Praxisgröße, nach Befragungsräumen aufgegliedert (Ansbach, Fulda, Würzburg, Aschaffenburg, Bamberg, Coburg), ist der Tabelle 1.2.2.b zu entnehmen.

Abb. 1.2.1.b:
Räumliche Verteilung der Nervenarztsitze im Befragungsgebiet. Um diese sind Kreise mit einem Radius von 15 km gezogen. Dieser "Luftlinienentfernung" entspricht in etwa eine verkehrsbezogene Entfernung von 20 - 25 km.

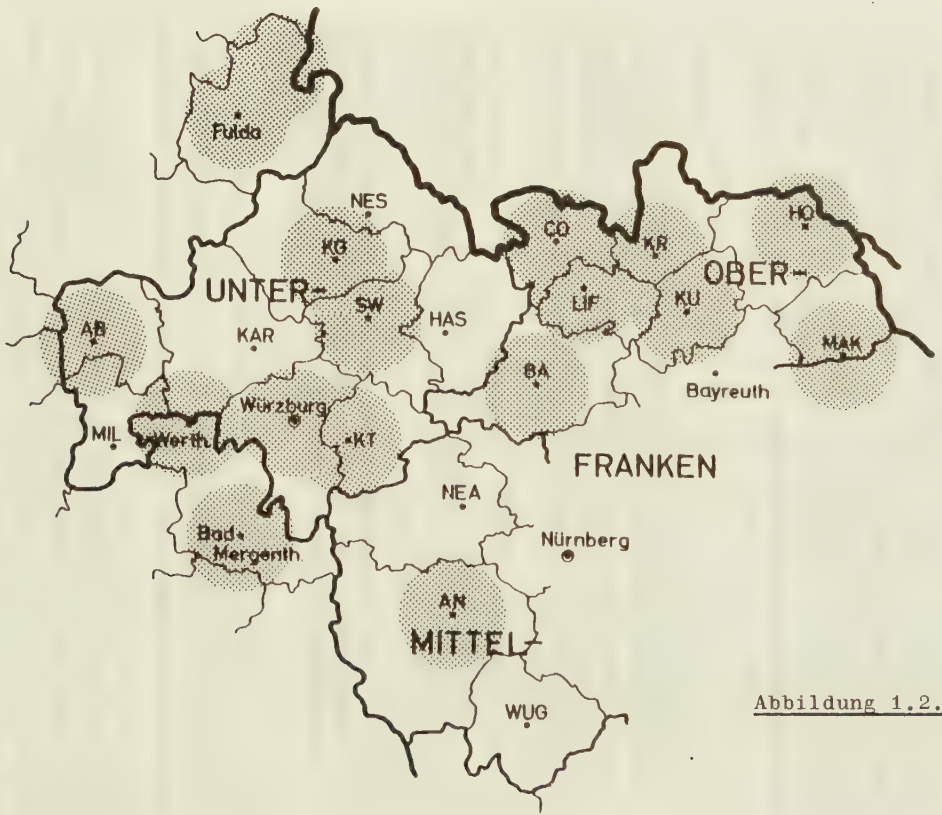


Abbildung 1.2.1.b

Tabelle 1.2.2.a:
Praxisgrößenverteilung. In der ersten Zeile ist die Praxisgröße (Anzahl der behandelten Patienten pro Quartal), in der zweiten die Anzahl der Praxen mit einer solchen Größe angegeben.

weniger als 249	250 - 499	500 - 749	750 - 1150
5*)	3	16	14

*) davon 2 ausschließlich psychotherapeutische Praxen.

Tabelle 1.2.2.b:
Durchschnittlich pro Quartal und Nervenarzt behandelte Gesamtpatientenzahl und Zahl der psychiatrischen Patienten in den einzelnen Versorgungsräumen.

Befragungs-raum	Anzahl der Nervenärzte	Patienten pro Quartal	psychiatr. Patienten pro Quartal
Würzburg	9*)	705*)	342*)
Aschaffenburg	4	750	583
Bamberg	4	620	333
Coburg	5	650	388
Ansbach	3	983	513
Fulda	4	658	426

*) ohne ausschließlich psychotherapeutisch tätige Nervenärzte.

Summiert man die angegebenen Zahlen der durchschnittlich pro Quartal behandelten Patienten, so ergibt sich als Schätzung eine Gesamtzahl von 26.280 Patienten. Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zu der Bevölkerungszahl, so ergibt sich, daß ungefähr 1 % der Einwohner in einem Quartal die Praxis eines niedergelassenen Nervenarztes aufsucht. In diesen Zahlen sind Privatpatienten enthalten, jedoch keine konsiliarisch untersuchten Patienten (vgl. Tab. 1.2.2.c).

Tabelle 1.2.2.c:
Zur Errechnung der Prävalenzrate im Untersuchungsgebiet

Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte im Befragungsgebiet	Gesamtzahl der Patienten pro Quartal	Einwohner im Befragungsraum	Errechnete Behandlungsprävalenz
41 *)	26.280 *)	2.665.800 *)	ca. 1 % *)

*) Zur Errechnung der Behandlungsprävalenz in einem Quartal wurde für zwei Nervenärzte, die hierzu keine Angaben machen wollten, sowie einen, der eine Teilnahme an der Untersuchung verweigerte, der durch die übrigen Nervenärzte (ohne Psychotherapeuten) ermittelte Durchschnittswert eingesetzt.

Mittelt man den Anteil der psychiatrischen Patienten an der Gesamtklientel anhand der Anzahl der Praxen, ergibt sich ein durchschnittlicher prozentualer Anteil von 59 %. Werden die entsprechenden Anteile mit Hilfe der Praxisgröße gewichtet, so ergibt sich ein etwas niedrigerer Anteil der psychiatrischen Patienten an der Gesamtklientel von 57 %. Auch hier ist eine relativ hohe Variationsweite

festzustellen mit einem höchsten Anteil von 95 % und einem niedrigsten von 30 %. Zur Verteilung des Verhältnisses psychiatrische / neurologische Diagnosen in den einzelnen Praxen siehe Abbildung 1.2.2.a und Tabelle 1.2.2.d.

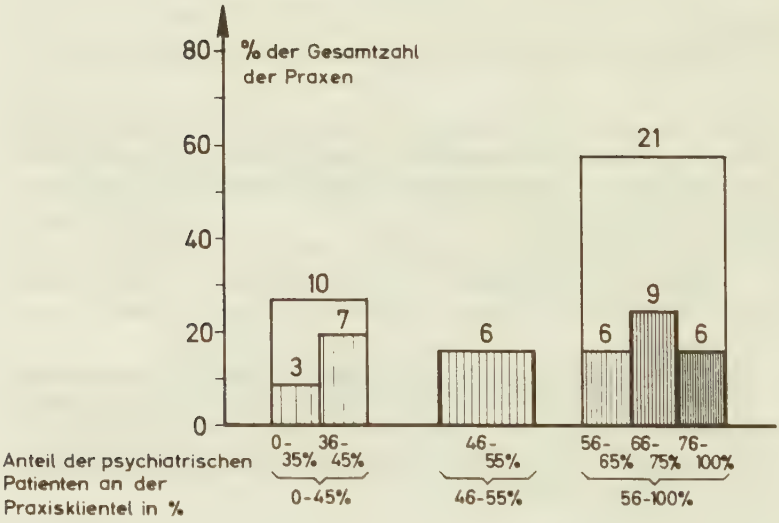


Abbildung 1.2.2.a:
Gruppierung der Praxen nach dem Anteil der psychiatrischen Patienten an der Gesamtklientel (n = 37). Die Zahlen über den breiten Säulen beziehen sich auf die Anzahl von Praxen, in denen der Anteil der psychiatrischen an der Gesamtklientel unter 45 %, zwischen 46 und 55 % sowie über 56 % beträgt. Die Zahlen über den schmalen Säulen schlüsseln die jeweiligen Gruppen nochmals auf.

Tabelle 1.2.2.d:
Gruppierung der Praxen nach dem Anteil psychiatrischer Patienten an der Gesamtklientel.

Anteil psychiat. Patienten (in %)	0-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76-100
Jeweilige Anzahl der Praxen	3	7	6	6	9	6

Von den 41 niedergelassenen Nervenärzten waren 7 in einer Doppelpraxis tätig. Bei zwei der Doppelpraxen handelte es sich um eine nervenärztlich-internistische Kombination, bei den übrigen 5 um rein nervenärztliche. Unter den letzteren befand sich eine Doppelpraxis, in der auch eine Psychologin angestellt war. Bis auf eine wurden alle diese Gemeinschaftspraxen von Ehepaaren geführt; bei den kombiniert nervenärztlich-internistischen Gemeinschaftspraxen vertraten jeweils die Frauen den nervenärztlichen Part. Insgesamt waren 11 der 41 Nervenärzte weiblichen Geschlechts, was einem Anteil von 27 % entspricht.

Um einen Eindruck von räumlicher Ausstattung, Atmosphäre und verkehrsmäßiger Lage zu vermitteln, wurde jede Praxis durch den (jeweiligen) Interviewer nach den folgenden Kategorien eingeschätzt:

1. Großzügige - weniger großzügige räumliche Ausstattung
2. Eher "klinische" - eher "wohnlich-gemütliche" Atmosphäre
3. Eher zentral (gut erreichbar) - eher peripher (weniger gut erreichbar) gelegen.

Die Ergebnisse dieser - sicher sehr subjektiven - Einschätzung sind der Tabelle 1.2.2.e zu entnehmen.

Tabelle 1.2.2.e:
Beschreibungsmerkmale der Praxen (n = 36)

räumliche Ausstattung	
großzügig	weniger großzügig
27	9

Atmosphäre	
eher "klinisch"	"wohnlich/ gemütl."
13	23

Lage	
gut erreichbar	weniger gut erreichbar
32	4

1.2.3. Zur Altersstruktur und Ausbildung

Das durchschnittliche Alter der befragten Nervenärzte betrug 53 Jahre. Im Durchschnitt hatten die Nervenärzte mit 26,5 Jahren ihr Staatsexamen abgelegt und nach 8,1 Jahren klinischer Tätigkeit mit 34,6 Jahren ihre Facharztanerkennung erhalten (in dieser Zeit wurde auch die Medizinalassistentenzeit mit durchschnittlich zwei Jahren Dauer abgeleistet - siehe auch Abb. 1.2.3.a). Das Alter zum Zeitpunkt der Niederlassung lag durchschnittlich bei 38,6 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit in freier Praxis lag am 1.1.1979 bei 14,2 Jahren. Diese globalen Daten werden in Abb. 1.2.3.b und 1.2.3.c aufgeschlüsselt, um die Verteilung auf die einzelnen Altersgruppen zu veranschaulichen. 58 % der niedergelassenen Nervenärzte waren über 50, der jüngste 35, der älteste 71 Jahre alt.

Tabelle 1.2.3.a zeigt, daß das durchschnittliche Alter in den einzelnen Befragungsregionen wenig differiert; nur in der Universitätsstadt Würzburg und ihrer näheren Umgebung liegt das Durchschnittsalter etwas niedriger, und die Dauer der klinischen Tätigkeit bis zur Facharztanerkennung ist etwas länger.

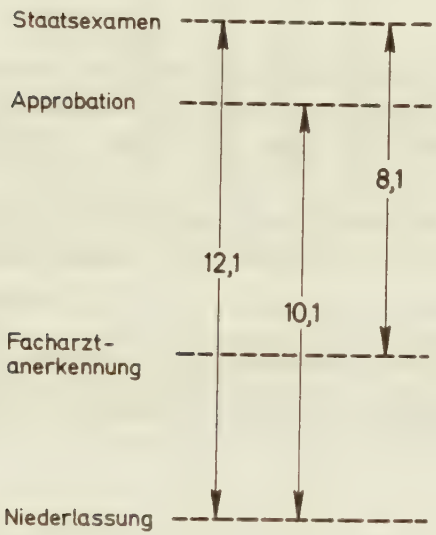


Abb. 1.2.3.a:
Zeitliche Aufschlüsselung der klinischen Tätigkeit niedergelassener Nervenärzte vom Staatsexamen bis zur Niederlassung. Angegeben ist die mittlere Dauer in Jahren.

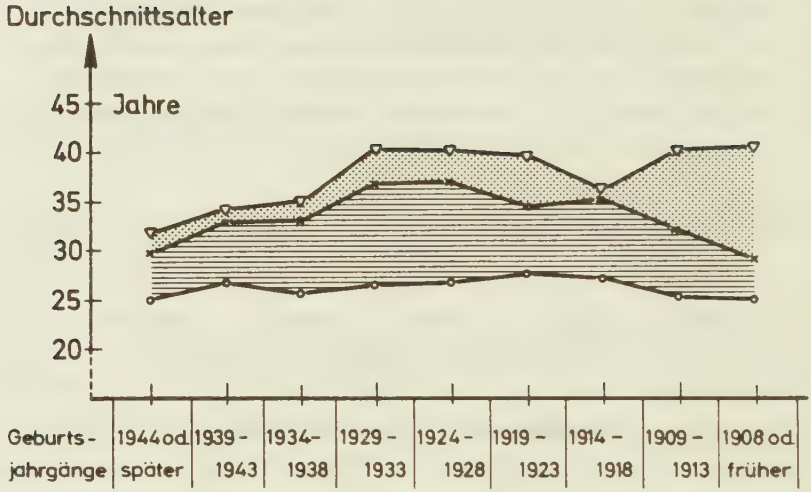


Abb. 1.2.3.b:
Altersstruktur der niedergelassenen Nervenärzte, dargestellt nach Altersgruppen. Die Abbildung zeigt den Verlauf des Alters bei Staatsexamen, Facharztanerkennung und Niederlassung innerhalb der einzelnen Altersgruppen sowie als Differenzwerte die Dauer der klinischen Tätigkeit bis zur Facharztanerkennung bzw. bis zur Niederlassung und die Dauer der klinischen Tätigkeit über die Facharztanerkennung hinaus.

n = 40 (zwei Chefärzte und ein Amtsarzt sowie ein Nervenarzt, der die Angabe verweigerte, sind nicht berücksichtigt).

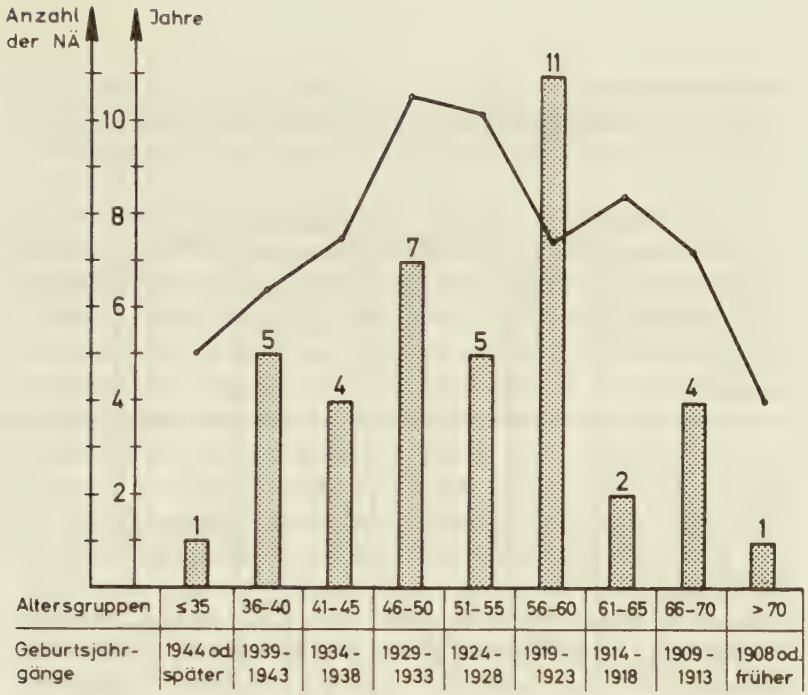


Abb. 1.2.3.c:
Aufgliederung der befragten niedergelassenen Nervenärzte nach Altersgruppen; die durchschnittliche Dauer der klinischen Tätigkeit bis zur Facharztanerkennung ist dem Liniendiagramm zu entnehmen. Die Anzahl der Ärzte in jeder Altersgruppe ist aus dem Säulendiagramm ersichtlich (n = 40).

Tabelle 1.2.3.a:
Durchschnittliches Alter und Dauer der klinischen Tätigkeit bis zur Facharztanerkennung nach Versorgungsregionen

Regionen	Fulda	Würzburg	Aschaffenburg	Bamberg	Coburg
Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte	4	11	4	4	5
durchschnittliches Alter	53,5	46,7	56,7	57,0	53,9
durchschnittliche Dauer der klin. Tätigkeit bis zur FA-Anerkennung	8,0	9,6	8	8,3	7,2

Die Gruppierung der Nervenärzte nach Dauer ihrer Tätigkeit in freier Praxis findet sich in Tabelle 1.2.3.b. Bis auf zwei wechselte keiner den Ort der Niederlassung.

Tabelle 1.2.3.b:
Dauer der Tätigkeit in freier Praxis

Dauer in Jahren	1 - 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
Anzahl der niedergel. Nervenärzte	8	8	7	5	6	4	2

Eine genauere Aufgliederung der klinischen Tätigkeit bis zur Niederlassung wurde nach zwei Gesichtspunkten vorgenommen: zum einen nach der Art der Institution, wobei unterschieden wurde zwischen Universitätskliniken, psychiatrischen Fachkrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern, zum anderen nach Fachrichtung der Ausbildung, nämlich Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie/Neurologie (hierzu zählen Angaben, bei denen eine Unterscheidung zwischen Neurologie und Psychiatrie nicht getroffen werden konnte), Psychotherapie/Psychosomatik und sonstige Fächer. Eine dezidierte Aufschlüsselung der Ergebnisse findet sich im Anhang in Tabelle A 1.

Die Aufgliederung nach Institutionen ergibt, daß 80 % aller niedergelassenen Nervenärzte mindestens einmal an einer Universitätsklinik tätig waren, wobei die durchschnittliche Dauer dieser Tätigkeit 7,8 Jahre betrug. Die entsprechenden Zahlen für psychiatrische Fachkrankenhäuser lauten 42,5 % und 4,3 Jahre. An sonstigen Krankenhäusern waren 50 % tätig, und zwar durchschnittlich 4,2 Jahre lang. Wie aus diesen Zahlen ersichtlich, leisten die Universitätskliniken den bei weitem größten Teil der klinischen Ausbildung niedergelassener Nervenärzte.

Die Spezifizierung der Fachrichtung klinischer Tätigkeit stellte sich problematischer dar, da bei einem Teil der Angaben nicht zwischen Neurologie und Psychiatrie unterschieden war. 65 % der Befragten gaben für wenigstens einen Teil ihrer klinischen Tätigkeitszeit mindestens eine Institution an, bei der diese Spezifizierung nicht möglich war. Die durchschnittliche Dauer einer so charakterisierten psychiatrischen oder neurologischen Tätigkeit betrug 6,5 Jahre. In einer rein neurologischen Abteilung arbeiteten 37,5 % der Nervenärzte wenigstens einmal mit

einer durchschnittlichen Dauer dieser Tätigkeit von 3,4 Jahren. Für rein psychiatrische Abteilungen lauten die entsprechenden Zahlen 60 % und 3,8 Jahre, für andere Fächer 50 % und 3,8 Jahre. Sehr selten wurde eine Tätigkeit an psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen genannt. Nur 7,5 % gaben an, an einer solchen Institution tätig gewesen zu sein mit einer durchschnittlichen Dauer von 5,7 Jahren (vergleiche hierzu Abb. 1.2.3.d und 1.2.3.e, sowie Tabelle A 1 im Anhang).

Die durchschnittliche Gesamtdauer klinischer Tätigkeit bis zur Niederlassung betrug ohne Medizinalassistentenzeit 10,1 Jahre, siehe auch Abb. 1.2.3.a.

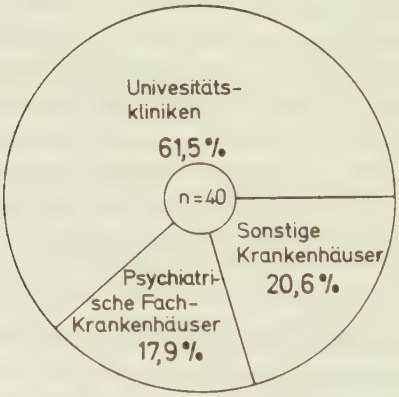


Abb. 1.2.3.d:
Klinische Tätigkeit der befragten Nervenärzte bis zur Niederlassung, differenziert nach Institutionen. Dauer der Tätigkeit in der jeweiligen Institutionsart in Prozent der Gesamtdauer der klinischen Tätigkeit aller Nervenärzte.

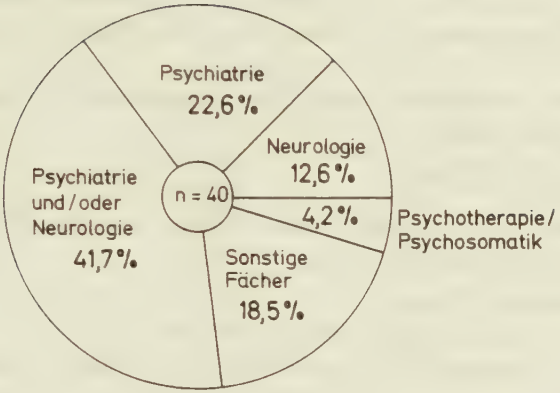


Abb. 1.2.3.e:
Klinische Tätigkeit bis zur Niederlassung, differenziert nach Fachrichtungen. Angaben in Prozent der Gesamtdauer der klinischen Tätigkeit aller Nervenärzte.

Die Anzahl verschiedener Stellen während der klinischen Tätigkeit vor der Niederlassung, wie sie von den befragten Nervenärzten angegeben wurde, ist der folgenden Tabelle 1.2.3.c zu entnehmen:

Tabelle 1.2.3.c:

Anzahl verschiedener Stellen	1	2	3	4	5	6 und mehr
Anzahl der Nervenärzte	6	11	11	8	3	1

Auslandsaufenthalte im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit hatten 4 von 40 befragten Nervenärzten.

Von 44 Nervenärzten gaben 91 % irgendeine Form von Zusatzausbildung an (siehe auch Abbildung 1.2.3.f):

- 31 (70 %) EEG; davon 8 Mitgliedschaft in der EEG-Gesellschaft
- 10 (23 %) EMG
- 16 (36 %) Psychotherapie; davon 5 mit Zusatztitel "Psychotherapie"
- Jeweils einer:
  - Facharzt für Innere Medizin
  - Facharzt für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - Chiropraktik
  - Akupunktur
  - Heilpraktikerausbildung

Von den 16 Nervenärzten, die Psychotherapie als Zusatzausbildung angaben, machten 13 nähere Angaben über die Art der Psychotherapie, in der sie Ausbildung erfahren hatten. Einige gaben mehrere Spezifizierungen an. Nach Häufigkeit der Nennungen ergibt sich folgende Reihenfolge der Psychotherapieausbildungen (siehe auch Abbildung 1.2.3.g):

- Psychoanalyse 7; davon 5 mit abgeschlossener Lehranalyse und Supervision
- Autogenes Training 5
- Verhaltenstherapie 2
- Hypnose 2
- Kommunikationstherapie 1

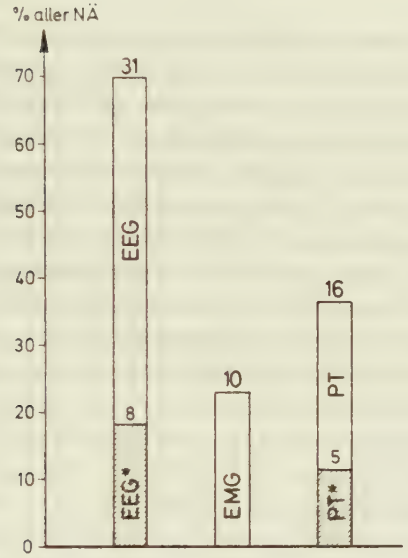


Abb. 1.2.3.f:
Anzahl der Nervenärzte (n = 44), die eine der folgenden Kategorien als Zusatzausbildung angaben: EEG (EEG* = Mitglied der EEG-Gesellschaft), EMG und Psychotherapie (PT; PT* = abgeschlossene psychoanalytische Ausbildung).

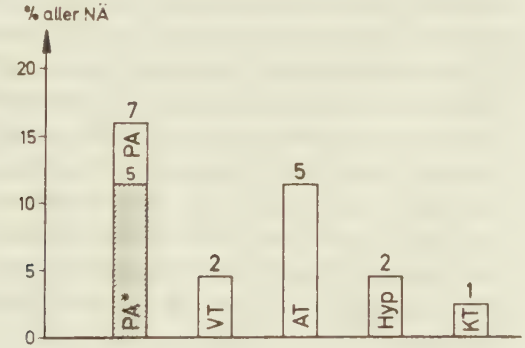


Abb. 1.2.3.g:
Häufigkeit, mit der einzelne Psychotherapieformen als Zusatzausbildung angegeben wurden. 13 Nervenärzte gaben jeweils mindestens eine der folgenden Spezifizierungen an: PA: Psychoanalyse, PA* = mit abgeschlossener Lehranalyse, VT: Verhaltenstherapie, Hyp: Hypnose, AT: Autogenes Training, KT: Kommunikationstherapie. Die Zahlen über den Säulen betreffen die absolute Häufigkeit der Nennungen.

Bei den Zahlen zur Psychotherapieausbildung ist zu berücksichtigen, daß eine überwiegend als Psychotherapeutin und drei ausschließlich als Psychotherapeuten tätige Nervenärzte inbegriffen sind, bei denen es sich um Psychoanalytiker handelt. Ohne diese wäre die überwiegend als Zusatzausbildung angegebene Psychotherapieform das autogene Training. Dabei wurde offensichtlich von einigen der Befragten das autogene Training nicht als Zusatzausbildung verstanden. Dieser Schluß liegt nahe, da 10 nicht vorwiegend psychotherapeutisch tätige Nervenärzte bei einer späteren Frage angaben, autogenes Training bei ihren Patienten anzuwenden.

1.3. Diskussion der Ergebnisse

1.3.1. Versorgungsdichte

Die durchschnittliche Versorgungsdichte in dem von uns untersuchten Gebiet lag am 1.8.1978 mit einem niedergelassenen Nervenarzt auf 65.000 Einwohner um ein gutes Drittel unterhalb der von Gehb (1978) für die gesamte Bundesrepublik angegebenen. Dies dürfte hauptsächlich auf die vorwiegend ländliche Struktur des Untersuchungsgebietes zurückzuführen sein, mit nur einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern. Die von der Enquête-Kommission als Richtzahl angegebene Versorgungsdichte von mindestens einem Nervenarzt auf 50.000 Einwohner wird nur in den Städten und Landkreisen Würzburg, Fulda, Coburg und Bamberg erreicht. In den übrigen Kreisen liegt die Versorgungsdichte zum Teil erheblich unterhalb dieses Richtwertes (vgl. Abb. u. Tabelle 1.2.1.a).

1.3.2. Charakteristika der nervenärztlichen Praxis

Die von Römer (1977) für das Jahr 1975 als Bundesdurchschnitt angegebene mittlere Praxisgröße von 900 behandelten Patienten pro Quartal liegt um 220 über der durch unsere Untersuchung erhaltenen Zahl von 680.*) Für diese doch erhebliche Differenz bieten sich alternative Erklärungen an: Die Versorgungsdichte hat sich in der gesamten Bundesrepublik zwischen 1975 und 1978 erhöht, und zwar von 1 : 48.910 auf 1 : 41.460 (Berechnung nach Angaben von Gehb 1975 und 1978); mit dieser relativen Erhöhung der Versorgungsdichte könnte man einen - wenn auch nur kleinen - Teil dieser Differenz erklären. Berücksichtigt man jedoch die in der von uns untersuchten Region festgestellte Versorgungsdichte von 1 : 65.000, die selbst den Bundesdurchschnitt von 1975 deutlich unterschreitet, so verliert diese vordergründig einleuchtende Überlegung an Erklärungswert.

Der scheinbare Widerspruch zwischen niedriger Versorgungsdichte einerseits und geringer Praxisgröße andererseits läßt sich relativieren, bezieht man einige demographische bzw. ökologische Daten in die Überlegung mit ein, die Dilling und Mitarb. (1975), Dilling (1977) und Strömgren (1972) mitteilen (siehe auch Bosch u. Pietzcker 1975 sowie Mueller und Hartmann 1975). Diese Autoren stellen eine mit zunehmender Entfernung vom Sitz der jeweiligen Nervenärzte abnehmende Konsultationsfrequenz fest, die vor allem bereits vorbehandelte und geriatrische sowie langzeitbehandelte Patienten mit Psychosen betrifft. Da das von uns

*) Da es sich bei unseren Angaben zur Praxisgröße um von den Praxisinhabern geschätzte Zahlen handelt, die nicht anhand von entsprechenden Unterlagen erhärtet werden konnten, sind sie nur eingeschränkt mit den in der Literaturübersicht zu diesem Aspekt zitierten Angaben vergleichbar.

untersuchte Gebiet überwiegend ländlich strukturiert ist und eine regional nur wenig variierende Bevölkerungsdichte aufweist, ließe eine gleichmäßigere und flächendeckendere Verteilung der Nervenarztsitze die Behandlungsrate sicher zunehmen. Hierdurch wäre auch die bestehende Lücke in der Nachbehandlung krankenhausentlassener Patienten zu schließen (Dilling 1977).

Die obige Argumentation wird gestützt durch einen Vergleich der von uns ermittelten ambulanten Behandlungsprävalenz von 1 % über ein Quartal mit der entsprechenden Zahl für das gesamte Bundesgebiet, die bei 1.6 % liegt (Römer 1977).

Der für die Versorgungsdichte in dem Bericht zur Lage der Psychiatrie genannte Richtwert von einem Nervenarzt auf 50.000 Einwohner ist dort als ein Mindestschlüssel angegeben, der von der Enquête-Kommission bereits damals als wahrscheinlich nicht ausreichend angesehen wurde. Dilling (1977), der die zu erwartende Erhöhung der Behandlungsrate bei besser flächendeckender Verteilung der Arztsitze in seinen Überlegungen mitberücksichtigt, hält einen Schlüssel von 1 : 35.000 in der von ihm untersuchten Region nicht für utopisch. In ihrer vom Berufsverband Deutscher Nervenärzte initiierten Schrift schlagen Weinland u. Mitarb. (1973) eine Praxisgröße von 400 behandelten Patienten pro Quartal vor, die von Dilling (1977) als realistisch angesehen wird. Mit einer jetzigen Versorgungsdichte von 1 : 65.000 und einer durchschnittlichen Praxisgröße von 680 Patienten pro Quartal des von uns untersuchten Gebietes ist allerdings schon ohne diese zukunftsorientierten Zahlen ein erheblicher Zusatzbedarf an niedergelassenen Nervenärzten für diesen Raum zu konstatieren.

Der sich aus unserer Untersuchung ergebende Anteil von 57 % psychiatrischer Patienten an der Gesamtklientel entspricht recht gut den meisten von anderen Autoren hierzu angegebenen Zahlen (siehe auch Seite 16). Er ist mit der von Dilling u. Mitarb. (1978) für die von ihnen untersuchte Region Oberbayerns hierzu genannten Zahl nahezu identisch. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß dieser Wert in beiden Untersuchungen von Praxis zu Praxis erheblich variierte.

1.3.3. Zur Altersstruktur und Ausbildung

Leider liegen uns keine Zahlen zur Altersstruktur anderer Gruppen niedergelassener Fachärzte vor, so daß ein Vergleich ausbleiben muß. Das von uns ermittelte - und mit den Angaben von Römer (1977) größenordnungsmäßig übereinstimmende - Durchschnittsalter von 53 Jahren mag relativ hoch erscheinen, könnte jedoch eine ansatzweise Erklärung in der langen klinischen Tätigkeit vor der Niederlassung finden (siehe Abbildung 1.2.3.a). Das im Verhältnis geringere Durchschnittsalter der Würzburger niedergelassenen Nervenärzte von 47 Jahren bei sogar etwas längerer klinischer Tätigkeit (siehe Tabelle 1.2.3.a) muß ohne schlüssige Begründung bleiben. Vielleicht könnte man darin eine Neigung jüngerer Ärzte erkennen, sich im Bereich ihrer Aus- und Weiterbildungsstätte niederzulassen. Falls diese Vermutung sich bestätigen ließe, dürften die Chancen für eine baldige Schließung der Versorgungslücken in ländlicheren Bereichen geringer sein als angenommen.

Bei allen befragten Nervenärzten handelt es sich um Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Mit 6,1 Jahren (ohne Medizinalassistenz) liegt die von uns ermit-

telte durchschnittliche Dauer der klinischen Tätigkeit bis zur Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie über der vom 79. Deutschen Ärztetag 1976 festgesetzten Pflicht-Weiterbildungszeit von 5 Jahren.

Überraschend hoch liegt der Anteil der Universitätskliniken an der Weiterbildung der niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (siehe Abbildung 1.2.3.d), wenn man ihre geringen Bettenzahlen mit denen psychiatrischer Fachkrankenhäuser vergleicht. Nach Angaben der Enquête-Kommission stellen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser 67,1 %, die Universitätskliniken 2,4 % des Bettenbestandes aller stationären psychiatrischen Einrichtungen (Bericht 1975).

Die Aufgliederung der klinischen Tätigkeit bis zur Niederlassung nach Fachrichtungen ergibt ein deutliches Überwiegen der Psychiatrie gegenüber der Neurologie. Der hohe Anteil von Angaben, die nicht näher nach Psychiatrie bzw. Neurologie differenzierten, liegt hauptsächlich daran, daß viele Nervenärzte zu einer Zeit klinisch tätig waren, zu der die Aufgliederung dieser zwei Fächer noch nicht in dem Maße wie heute eingeführt war.

Hervorzuheben ist, daß nur drei von 40 Nervenärzten auch an einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Abteilung tätig waren. Nur 16 (36 %) von 44 gaben Psychotherapie als Zusatzausbildung an, davon 11 ohne Zusatztitel "Psychotherapie".

Dieser Mangel an psychotherapeutischer Ausbildung wird auch von Helmchen und Lauter (1978) in Übereinstimmung mit dem Bericht zur Lage der Psychiatrie (Bericht 1975) konstatiert, die daraus die Forderung ableiten, "daß

psychotherapeutische Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen auch in der Bundesrepublik Deutschland sehr viel stärker als bisher zum Berufsbild des Psychiaters gehören sollen, so wie dies etwa in der Schweiz seit langem der Fall ist".

Die traditionellen Psychotherapieverfahren Autogenes Training und Psychoanalyse sind noch am meisten verbreitet, während neuere Therapieformen wie Verhaltenstherapie, klientenzentrierte Gesprächstherapie oder Kommunikationstherapie kaum Eingang in die Ausbildung gefunden haben.

Die Häufigkeit, mit der eine EEG-Zusatzausbildung angegeben wurde, liegt mit 70 % etwas niedriger als entsprechende Angaben von Weinland (1975).

Abschließend sei daran erinnert, daß die hier diskutierten Daten eo ipso Rückschlüsse auf die Qualität der Ausbildung des niedergelassenen Nervenarztes nicht zulassen.

2. Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis

2.1. Übersicht über bisher vorliegende Untersuchungen

2.1.1. Zur Problematik der diagnostischen Klassifikation

Bestehende diagnostische Klassifikationen in der Psychiatrie stellen Versuche dar, nosologische Systeme auf der Basis von Krankheitseinheiten zu schaffen. Dabei hat vor allem Kraepelins Bemühen, "der Natur entsprechende Krankheitsbilder" zu definieren, als erster solcher Versuch entscheidenden Einfluß auf die weitere Entwicklung psychiatrischer Klassifikationen genommen. Kraepelin führt auch im wesentlichen bereits die Einteilungskriterien an, auf denen heutige nosologische Differenzierungen beruhen: Psychopathologisches Erscheinungsbild, ätiopathogenetische Aspekte und Krankheitsverlauf - wobei letztgenanntem Kriterium besondere Bedeutung zukommt. So können erst aufgrund des Verlaufs sehr unterschiedliche Krankheitsbilder gemeinsam (z.B. als Zyclothymie) kategorisiert werden.

Mangelndes Wissen bezüglich der Ätiologie vieler psychiatrischer Krankheitsbilder, sowie die Tatsache, daß verschiedene Ursachen zu gleichen psychopathologischen Zustandsbildern und umgekehrt gleiche Ursachen zu verschiedenen psychopathologischen Zustandsbildern führen können, machen einen ständigen Wechsel der Gewichtung von Einteilungsgründen notwendig; d.h. für die verschiedenen Krankheitsgruppen können nicht alle der drei obengenannten Einteilungskriterien zur Kategorisierung gleichermaßen systematisch angewandt werden (vgl. z.B. Jakubaschk und Werner 1974). Aufgrund dieser Problematik folgert Mombour (1975), dessen Argumentation wir bisher im wesentlichen

gefolgt sind, daß "die Idee der Krankheitseinheit heute für kein einziges psychiatrisches Krankheitsbild verwirklicht" ist.

Psychiatrische Krankheitsbilder stellen komplexe Gegenstände mit fließenden Übergängen dar, die nach Mombour (1975) treffender mit dem unschärferen und flexibleren Typen-Begriff charakterisierbar sind als mit dem Begriff der Krankheitseinheit. So nennt denn auch v. Zerssen (1973) die psychiatrische Nosologie eine typologische Klassifikation.

An eine psychiatrische Klassifikation ist die Anforderung zu stellen, daß sie die vielfältigen Krankheitsbilder nach ihrer Vergleichbarkeit ordnet, um so klinische Erfahrung erfaßbar, auswertbar und mitteilbar zu machen und damit prognostische und therapeutische Aussagen zu ermöglichen. Diese Aufgabe kann ein nosologisches System jedoch nur erfüllen, wenn es reliable und valide Zuordnungen von Krankheitsbildern zu nosologischen Kategorien gewährleistet. Validität heißt in diesem Zusammenhang Gültigkeit und damit die sinnvolle und nutzbringende Anwendbarkeit eines Systems, während Reliabilität sich auf die Zuverlässigkeit bzw. Konsistenz individueller Klassifikationen bezieht. Untersuchungen zur Validität psychiatrischer Diagnosen liegen kaum vor. Untersuchungen zur Reliabilität haben zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt, von denen einige im folgenden zusammenfassend referiert werden sollen:

Zubin (1967), der einen Überblick über Untersuchungen zur Reliabilität psychiatrischer Diagnosen gibt, stellt fest, daß drei unterschiedliche Methoden dabei Anwendung finden: 1. Die Übereinstimmung zwischen unabhängigen Diagnostikern bei der Beurteilung derselben Patienten, 2. die Stabilität von Diagnosen über einen längeren Zeitabschnitt

hinweg und 3. die Übereinstimmung von Diagnosenverteilungen in vergleichbaren Stichproben.

Die beiden letztgenannten Methoden lassen nur indirekte Aussagen über die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen zu: Die mangelnde Stabilität einer Diagnose kann außer durch geringe Reliabilität auch durch tatsächliche Veränderungen des Zustandsbildes eines Patienten bedingt sein; die Interpretation von unterschiedlichen Diagnosehäufigkeiten als durch eingeschränkte Reliabilität bedingt, setzt weitgehend identische Populationen voraus, was in den entsprechenden Untersuchungen letztendlich nicht gewährleistet ist.

Deshalb soll hier nur eingegangen werden auf die an erster Stelle genannte Vorgehensweise, nämlich die Bestimmung der diagnostischen Reliabilität als Ausmaß der Übereinstimmung zwischen unabhängigen Diagnostikern bei der Klassifizierung von Zustandsbildern derselben Patienten.

Spitzer und Fleiss (1974) geben einen Überblick über sechs größere Reliabilitätsuntersuchungen im englischen Sprachraum (Tabelle 2.1.1.a). Die in diesen Studien evidente

Tabelle 2.1.1.a:
Vergleichende Darstellung der Ergebnisse von sechs Reliabilitäts-Untersuchungen, gekürzt übernommen von Spitzer und Fleiss (1974). Die Zahlenangaben beziehen sich auf eine Statistik Kappa, die für die angegebenen Untersuchungen mittels deren Originaldaten von Spitzer und Fleiss berechnet wurde, wodurch eine direkte Vergleichbarkeit der Reliabilitätswerte dieser Untersuchungen gegeben ist. Die Statistik Kappa wird von den Autoren als ein Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient bezeichnet, der den jeweiligen Anteil an Übereinstimmung in einer Diagnose um den durch Zufall zu erwartenden Übereinstimmungsanteil korrigiert nach der Formel: Kappa = $(P_o - P_c)/(1 - P_c)$; dabei ist P_o der beobachtete und P_c der durch Zufall zu erwartende Übereinstimmungsanteil.

Tabelle 2.1.1.a:

	Schmidt u.Fonda (1956)	Kreitman (1961)	Beck et al. (1962)	Sandifer et al. (1964)	Cooper et al. (1972)		Spitzer et al. (1974)	gemittelt
					New York	London		
Oligophrenie				.72				.72
Organisches Hirnsyndrom	.82	.90		.54			.59	.77
Alkoholismus					.74	.68		.71
Psychose	.73	.62		.56	.42	.43	.54	.55
Schizophrenie	.77		.42	.68	.32	.60	.65	.57
Affektive Störungen					.19	.44	.59	.41
Neurotische Depression			.47		.20	.10		.26
Psychotische Depression				.19	.24	.30		.24
Manisch depressive Psychose				.33				.33
Involutions-Depression			.38	.21				.30
Persönlichkeitsstörung oder Neurose	.63			.51	.24	.36		.44
Persönlichkeitsstörungen			.33	.56	.19	.22	.29	.32
Neurose		.52		.42	.26	.30	.48	.40

geringe Reliabilität kann zwar nicht unmittelbar auf hiesige Verhältnisse übertragen werden. Untersuchungen, die vergleichbare diagnostische Konzepte bei englischen und deutschen Psychiatern (Kendell, Pichot u. von Cranach 1974) sowie bei amerikanischen und deutschen Psychiatern (Overall u. Hippius 1974, v. Cranach u. Strauss 1978) feststellen, lassen jedoch die Vermutung zu, daß sich die Problematik im deutschen Sprachraum ähnlich darstellt, für den vergleichbare Untersuchungen nicht vorliegen.

2.1.2. Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis

Die dargestellten Widersprüchlichkeiten und Probleme bei der psychiatrischen Diagnosenstellung gelten in vollem Umfang für die hier zu referierenden Angaben über Verteilung und Häufigkeit einzelner Krankheitsbilder in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes. Sie relativieren deren Aussagekraft und erlauben nur vorsichtige Interpretationen.

Im folgenden soll nicht näher eingegangen werden auf die Berichte von Amtenbrink (1963), Ott (1964) und Gabriel (1970), welche jeweils die Diagnosenhäufigkeiten in ihrer eigenen Praxis darstellten, sondern nur auf Untersuchungen, die mehrere Praxen erfaßten. In diesem Sinne vergleichbar sind vier Untersuchungen im deutschen Sprachraum: Von Degkwitz und Schulte (1973), die 10 nervenärztliche Praxen in Südwürttemberg-Hohenzollern und 22 in Hamburg untersuchten, von Weinland (1975) über 20 Praxen in Westfalen, von Dilling und Weyerer (1978) über 8 Praxen in Oberbayern sowie eine Erhebung des Deutschen Instituts für Medizinische Statistik bei 1101 Nervenärzten in der gesamten Bundesrepublik und West-Berlin (Römer 1977). Tabelle 2.1.2.a gibt einen Überblick über die in den einzelnen Untersuchungen gefundenen Diagnosenverteilungen.

Tabelle 2.1.2.a:
Vergleich der in verschiedenen Untersuchungen gefundenen Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis (Angaben in %).

Autor	Degkwitz u. Schulte 1973		Weinland 1975	Dilling u. Weyerer 1978	Römer 1977
Region	Hamburg	Süd.W.-H.	Westfalen	Oberbayern	Bundesgebiet
Anzahl der befragten NÄ	22/40*)	10/12*)	20/112*)	8/9*)	1101
Schizophrenien	9,0	10,0	12	8,4	11,1
Affektive Psychosen	35,0	22,0	12	22,1	31,5
Abnorme Persönlichk.	8,0	6,5	66	4,4	-
Neurosen u. abnorme Erlebnisreaktionen	20,6	28,0		43,6	27,8
Suchtleiden	4,5	2,5	10	3,2	-
Gerontopsychiatr. Erkrankungen	2,7	2,5	-	3,3	-
Oligophrenien	1,2	2,5	-	4,7	-
Sonstige hier nicht klassifizierbare Diagnosen	19,0	26,0	-	10,3	29,6
Anmerkungen			nur grob zusammengefaßte Diagnosegruppen, Methodik nicht expliziert		unvollständige Angaben, Methodik nicht expliziert

*) Der Bruch gibt die Beteiligungsrate der jeweiligen Untersuchung wieder.

Wie aus dieser tabellarischen Gegenüberstellung zu entnehmen ist, entsprechen sich bei aller Variabilität die Angaben größenordnungsmäßig.

Die zwei häufigsten Diagnosegruppen sind die affektiven Psychosen sowie Neurosen und abnorme Erlebnisreaktionen. Um einiges seltener wird die Diagnose Schizophrenie gestellt, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen, Suchtleiden, geriatrischen Erkrankungen und Oligophrenie.

Die zwischen einzelnen Untersuchungsregionen auftretenden Unterschiede in der Häufigkeit betreffen vor allem die zwei häufigsten Diagnosegruppen. Dilling (1977) führt diese Diskrepanz auf unterschiedliche diagnostische Konzepte der verschiedenen Nervenärzte zurück. Er stützt seine Interpretation mit einem Ergebnis aus seiner Untersuchung: die persönlichen Daten der Patienten (z.B. Alter, Beruf) variierten wesentlich weniger zwischen den Praxen als die Diagnosenhäufigkeiten.

Ein Vergleich der Diagnosenverteilung in der Praxis des niedergelassenen Nervenarztes und in psychiatrischen Fachkrankenhäusern (siehe Tabelle 2.1.2.b) zeigt, daß Schizophrenie und Suchtleiden, welche einen Großteil der Aufnahmen psychiatrischer Fachkrankenhäuser stellen, in der Facharztpraxis eine geringere Rolle spielen. Auch bei Betrachtung von Familienstand und Beruf der betreuten Kranken zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Nervenarztpraxen und den Fachkrankenhäusern (Degkwitz u. Schulte 1973). Dilling und Weyerer (1978) stellen für ihr Untersuchungsgebiet in Oberbayern fest, "daß nur etwa 5,1 % der im gleichen Zeitraum bei den niedergelassenen Nervenärzten behandelten Patienten im Verzeichnis der stationären Aufnahmen und Entlassungen auftauchen und daß nur 25,5 % der Patienten vor der Einweisung ins psychiatrische

Tabelle 2.1.2.b:
Vergleich der Diagnosenhäufigkeiten in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Fachkrankenhäusern aus drei Untersuchungsgebieten (Angaben in %).

Autor	Degkwitz u. Schulte 1973				Dilling u. Weyerer 1978	
Region	Hamburg		Baden-Württemberg		Oberbayern	
	Praxis	Psychiatr. Krankenh.	Praxis	Psychiatr. Krankenh.	Praxis	Psychiatrische Krankenhäuser
Schizophrenien	9,0	18,5	10,0	26,0	8,4	18,4
Affektive Psychosen	35	16,5	22	9,5	22,1	23,6
Abnorme Persönlichk.	8,0	5	6,5	3	4,4	5,0
Neurosen und abnorme Erlebnisreaktionen	20,6	8,0	28,0	9,5	43,6	12,2
Suchtleiden	4,5	19,5	2,5	21,0	3,2	15,5
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	2,7	17,0	2,5	20,5	3,3	8,3
Oligophrenien	1,2	1,5	2,5	3,5	4,7	3,6
Sonstige hier nicht klassifizierbare Diagnosen	19,0	14,0	26,0	7,0	10,3	13,4

Krankenhaus von Nervenärzten behandelt oder untersucht wurden". Damit bestätigt er die Darstellung der Enquête-Kommission, daß sich die Klientel der Nervenärzte von den Patienten der Landeskrankenhäuser weitgehend unterscheidet (Bericht 1975).

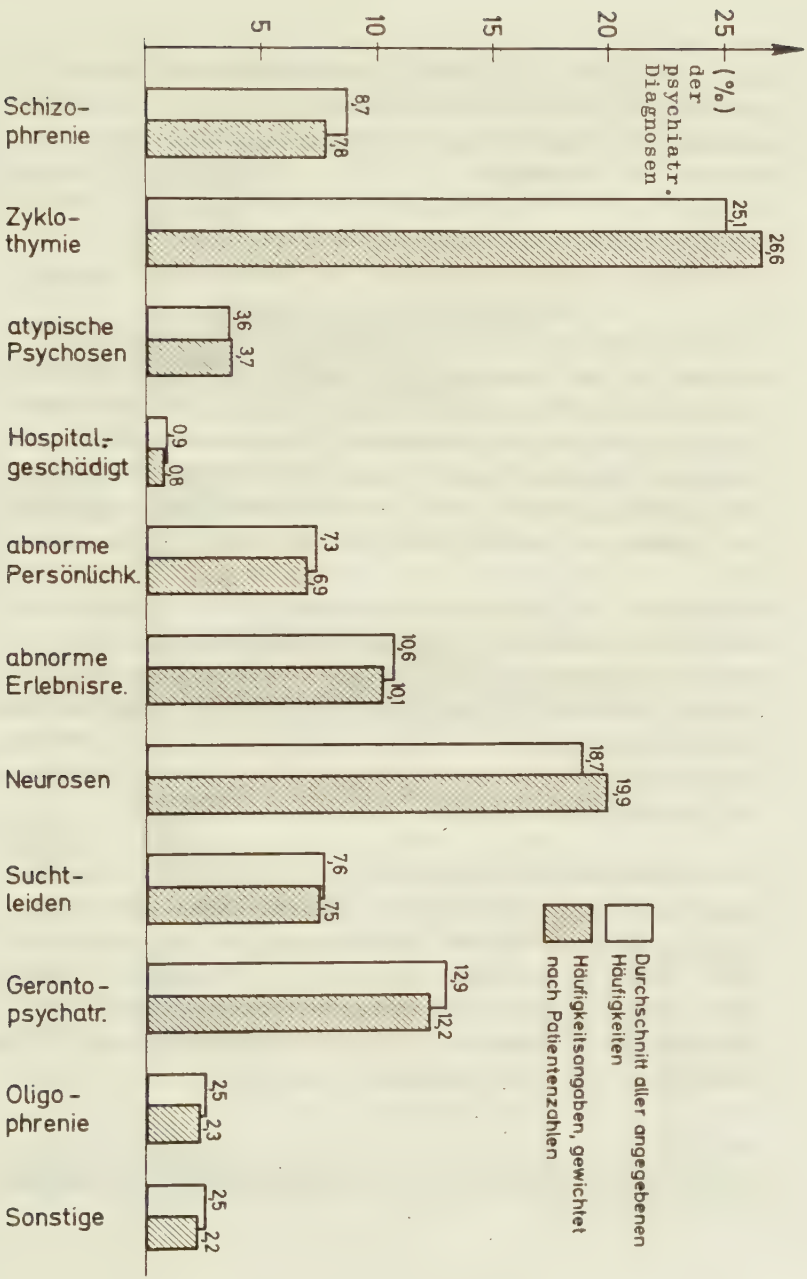
2.2. Ergebnisse der eigenen Untersuchung
Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen

Von 34 niedergelassenen Nervenärzten konnten die Angaben zur Diagnosenverteilung in ihrer Praxis verwertet werden. Nicht inbegriffen sind in dieser Zahl 4 Psychotherapeuten, 2 Chefärzte, 1 Amtsarzt sowie 3 niedergelassene Nervenärzte, die unvollständige oder keine Antworten auf diese Frage gaben.

Bei den Prozentangaben handelt es sich um Schätzwerte, die - mit einer Ausnahme - nicht anhand von Karteien oder ähnlichem objektiviert werden konnten.

Die am häufigsten angegebene Diagnose ist die Zyklothymie (wobei die monopolar depressiven Verlaufsformen bei weitem überwiegen) mit einem durchschnittlichen Anteil von 26,6 %, gefolgt von Neurosen mit 19,9 %, gerontopsychiatrischen Erkrankungen mit 12,2 % und abnormen Erlebnisreaktionen mit 10,1 %. Eine Mittelstellung nehmen die Diagnosen Schizophrenie (7,8 %), Suchtleiden (7,5 %) und Persönlichkeitsstörung (6,9 %) ein; am seltensten werden die Diagnosen atypische Psychose (3,7 %), Oligophrenie (2,3 %) und Hospitalismusgeschädigt (0,8 %) angegeben (vergleiche Abbildung 2.2.1.a).

Abb. 2.2.1.a:
Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis (n = 34).


5
10
15
20
25
(%) der psychiatr. Diagnosen
Schizophrenie
8,7
7,8
Zykl o-thymie
25,1
26,6
atypische Psychosen
3,6
3,7
Hospital-geschädigt
0,9
0,8
abnorme Persönlichk.
7,3
6,9
abnorme Erlebnisre.
10,6
10,1
Neurosen
18,7
19,9
Sucht-leiden
7,6
7,5
Geronto-psychatr.
12,9
12,2
Oligo-phrenie
2,5
2,3
Sonstige
2,5
2,2
Durchschnitt aller angegebenen Häufigkeiten
Häufigkeitsangaben, gewichtet nach Patientenzahlen

Die Streuung der einzelnen Prozentangaben ist mittelwertsbezogen und bei allen Diagnosen relativ hoch. Eine dezidiertere Darstellung der Ergebnisse findet sich in Tabelle A 2 im Anhang.

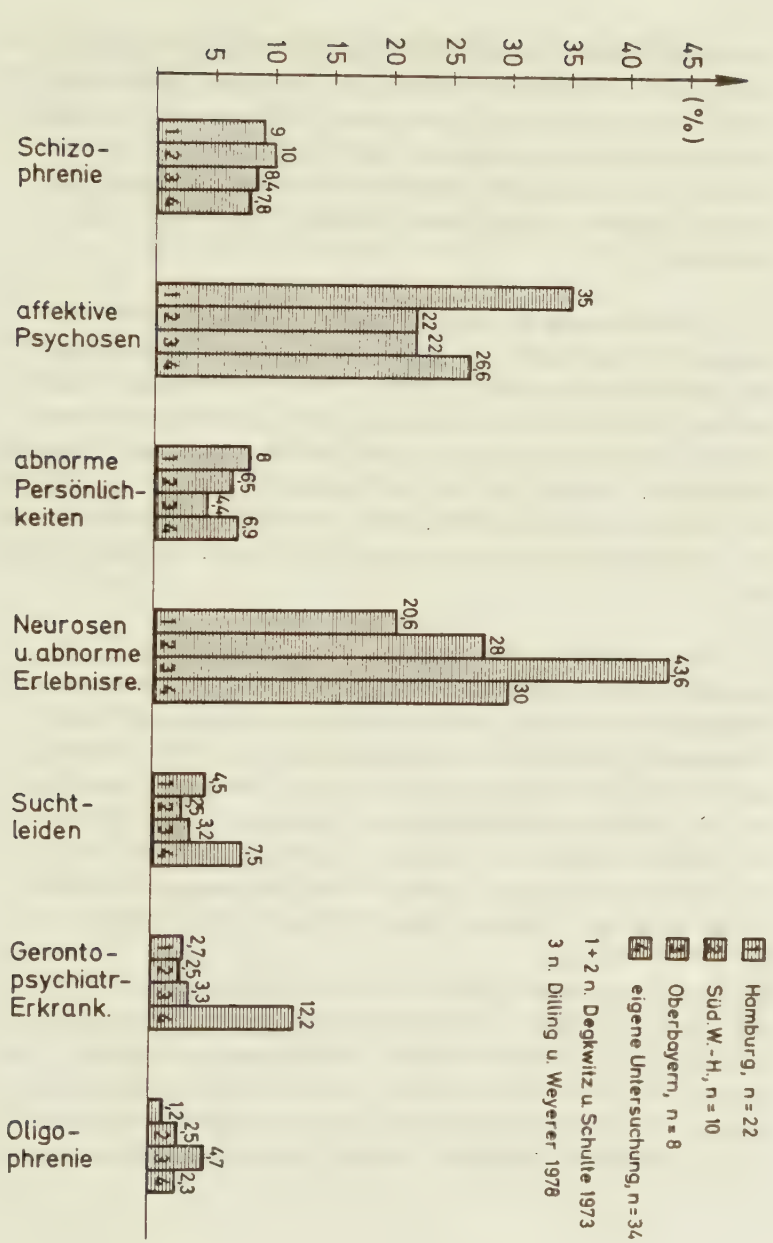
2.3. Diskussion der Ergebnisse zur Diagnosenverteilung

Ein Vergleich unserer Ergebnisse mit denen anderer Autoren ist nur eingeschränkt möglich, da zum einen unterschiedliche Methoden der Datenerhebung angewandt wurden, zum anderen die verwendeten Diagnosenschlüssel differierten. Darüber hinaus finden sich in einigen Veröffentlichungen (Römer 1977; Weinland 1975) keine genaueren Angaben zur methodischen Vorgehensweise.

Um dennoch eine gewisse Vergleichbarkeit zu ermöglichen, mußten die Diagnosen "Abnorme Erlebnisreaktion" und "Neurose" zusammengefaßt werden; die in unserer Untersuchung verwendete diagnostische Kategorie "Hospitalismusgeschädigt" wurde der Schizophrenie zugerechnet, während die Diagnose "Atypische Psychose" unter "Sonstige Diagnosen" subsummiert wurde.

Eine vergleichende Darstellung der in der Literaturübersicht genannten Ergebnisse zur Diagnosenhäufigkeit mit unseren Daten ermöglicht Abbildung 2.3.a. Es zeigt sich dabei, daß die Häufigkeitsanteile der Diagnosen im allgemeinen recht gut mit den in der Literatur angegebenen übereinstimmen. Eine Ausnahme bildet die Diagnose "Gerontopsychiatrische Erkrankungen", bei welcher der von uns

Abb. 2.3.a:
Vergleich der in verschiedenen Untersuchungen gefundenen Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis.


5
10
15
20
25
30
35
40
45
(%)
Schizo-
phrenie
affektive
Psychosen
abnorme
Persönlich-
keiten
Neurosen
u. abnorme
Erlebnisre.
Sucht-
leiden
Geronto-
psychiatr-
Erkrank.
Oligo-
phrenie
1
2
3
4
9
10
8,4
7,8
35
22
22
26,6
8
6,5
4,4
6,9
20,6
28
43,6
30
4,5
2,5
3,2
7,5
2,7
2,5
3,3
12,2
1,2
2,5
4,7
2,3
Hamburg, n = 22
Süd W.-H., n = 10
Oberbayern, n = 8
eigene Untersuchung, n = 34
1 + 2 n. Degkwitz u. Schulte 1973
3 n. Dilling u. Weyerer 1978

gefundene Wert deutlich über dem der anderen Autoren liegt. Diese Differenz findet eine mögliche Erklärung darin, daß in unserer Untersuchung der Begriff "Gerontopsychiatrische Erkrankungen" weiter gefaßt ist und die Gruppe der organischen Psychosen enthält, während die anderen Autoren diese unter "Sonstige Diagnosen" einordneten.

Eine eingehendere Diskussion der auftretenden Unterschiede in den Daten ist ohne statistische Absicherung von zweifelhaftem Wert. Die der Intention unserer Untersuchung entsprechende Methodik ließe jedoch eine statistische Bearbeitung unseres Datenmaterials nicht sinnvoll erscheinen. Zudem läßt die in Abschnitt 2.1.1. besprochene Problematik der Reliabilität psychiatrischer Diagnosen von vorneherein nur eine relativ unpräzise Interpretation zu.

In diesem Sinne sollen nur die erheblichen Schwankungen innerhalb der insgesamt etwa gleich häufigen Kategorien "Zyklothymie" sowie "Abnorme Erlebnisreaktionen" und "Neurosen" (die beiden letztgenannten zu einer Kategorie zusammengefaßt) angesprochen werden. Möglicherweise beruhen sie auf der unterschiedlich gehandhabten Zuordnung der großen Gruppe der depressiven Zustandsbilder zu den endogenen Psychosen einerseits und zu abnormen Erlebnisreaktionen bzw. neurotischen Störungen andererseits.

Bei der Interpretation von Untersuchungsergebnissen wie den hier referierten wird die eingangs dargestellte Problematik der psychiatrischen Klassifikation evident. Solange sich kein einheitliches diagnostisches Kategorisierungssystem durchgesetzt hat, das Reliabilitätsüberprüfungen standhalten kann, werden Untersuchungsergebnisse

wie die in diesem Abschnitt referierten keine präzisen Aussagen erlauben.

D. ZUSAMMENFASSUNG

Im weiteren Umkreis der Universitäts-Nervenklinik Würzburg (Einzugsbereich stationär behandelter Patienten) wurden 40 von 41 dort in freier Praxis tätigen Nervenärzten befragt. Dies entspricht einer Beteiligungsrate von 98 %. Bei einem Teil des behandelten Themas konnten zusätzlich noch die Angaben von 2 Chefärzten mit Ermächtigungsambulanzen, einem vorübergehend nicht niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Nervenarzt und einem Amtsarzt mit größerer Konsiliar- und Gutachtenpraxis mitverwertet werden.

Das Befragungsgebiet umfaßte den gesamten Regierungsbezirk Unterfranken, Teile der Regierungsbezirke Ober- und Mittelfranken sowie die außerbayerischen Landkreise Fulda und Main-Tauber.

Als Erhebungsinstrument diente ein durch einen selbstentwickelten Fragebogen vorstrukturiertes Interview. Die erhobenen Daten beziehen sich auf subjektive Angaben der befragten Nervenärzte und setzten keine Vorarbei ihrerseits voraus.

Die Versorgungsdichte im gesamten Befragungsgebiet betrug 1 niedergelassener Nervenarzt auf 65.020 Einwohner mit einem Maximum von 1 : 25.930 (Würzburg, Stadt und Landkreis) und einem Minimum von 1 : 168.000 (Hof, Stadt und Landkreis). In 6 Landkreisen war kein Nervenarzt niedergelassen.

Die durchschnittliche angegebene Praxisgröße belief sich (bei Nichtberücksichtigung von 3 ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Nervenärzten) auf 680 behandelte

Patienten pro Quartal. Knapp 1 % der Einwohner des Befragungsraums suchten einmal im Quartal die Praxis eines niedergelassenen Nervenarztes auf, davon 57 % wegen psychiatrischer Erkrankungen.

Die befragten Nervenärzte waren durchschnittlich 53 Jahre alt, hatten durchschnittlich 6,1 Jahre nach der Approbation ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen, hatten sich im Durchschnitt nach weiteren 4 Jahren klinischer Tätigkeit niedergelassen und waren seither bis zum 1.1.1979 im Mittel 14,2 Jahre in freier Praxis tätig.
Im Durchschnitt wurden fast zwei Drittel der klinischen Tätigkeit an Universitätskliniken abgeleistet, weniger als ein Fünftel an Psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Die Dauer der Tätigkeit in der Psychiatrie überwog deutlich diejenige in der Neurologie.

Die häufigste angegebene Zusatzausbildung war EEG mit 70 % der Befragten; Psychotherapie wurde von 36 % (als Zusatzausbildung) genannt, dabei am häufigsten Psychoanalyse, gefolgt von Autogenem Training.

Den größten Anteil der psychiatrischen Diagnosen stellten die Affektiven Psychosen mit 26,6 %, gefolgt von Neurosen mit 19,9 %, Gerontopsychiatrischen Erkrankungen mit 12,2 %, Abnormen Erlebnisreaktionen mit 10,1 % und Schizophrenien mit 7,8 %. Diese Werte entsprechen weitgehend den in der Literatur hierzu genannten.

Aus der Besprechung des einschlägigen Schrifttums und dessen Vergleich mit den eigenen Ergebnissen läßt sich schließen, daß noch erhebliche Lücken in der Versorgung psychisch Kranker bestehen. Im Befragungsgebiet besteht ein Mangel an niedergelassenen Nervenärzten, der sich in einzelnen Regionen wegen der ungleichmäßigen Verteilung der Nervenarztsitze besonders kraß auswirkt.

Während die durchschnittliche Dauer der klinischen Tätigkeit bis zur Niederlassung etwa das Doppelte der von der z.Zt. geltenden Weiterbildungsordnung geforderten Zeit beträgt, scheint dabei die Weiterbildung in Neurologie etwas unterrepräsentiert. Besonders groß ist der Mangel bezüglich psychotherapeutischer Ausbildung, der noch schwerer wiegt, wenn man den hohen Anteil neurotischer und erlebnisreaktiver Krankheitsbilder an der Praxisklientel des niedergelassenen Nervenarztes berücksichtigt.

E. ANHANG

Diagnosenschlüssel zur Vorlage

1. Schizophrenien

2. Zyklothymien
   - monopolarer Verlauf, nur depressive Phasen
   - monopolarer Verlauf, nur manische Phasen
   - biphasischer Verlauf,
     manische und depressive Phasen

3. Atypische Psychosen

4. Hospitalismusgeschädigte

5. Abnorme Persönlichkeiten (Psychopathien)

6. Psychoreaktive Störungen
   (abnorme Erlebnisreaktionen)

7. Neurotische Entwicklungen, Neurosen

8. Suchtleiden

9. Gerontopsychiatrische Erkrankungen

10. Oligophrenien

11. Sonstige

Tabelle A 1: Aufgliederung der klinischen Tätigkeit bis zur Niederlassung nach Institutionsart und Fachrichtung (40 Nervenärzte)

Erklärung der benutzten Symbole und Abkürzungen:

A: Universitätskliniken

B: Psychiatrische Fachkrankenhäuser

C: Sonstige Krankenhäuser

X: Neurologische Abteilungen

Y: Psychiatrische Abteilungen

Z: Psychiatrie / Neurologie (ohne nähere Differenzierung)

W: Andere Fächer, vorwiegend Innere Medizin

V: Psychotherapie / Psychosomatik

$\sum$: Gesamtzahl der Jahre

$\sum$%: Dauer der Tätigkeit im jeweiligen Bereich in Prozent der Gesamt-Dauer der klinischen Tätigkeit aller Nervenärzte

n: Anzahl der Nervenärzte, die angaben, im jeweiligen Bereich tätig gewesen zu sein

n%: Anteil in Prozent der Gesamtzahl der Nervenärzte

$\bar{x}$: Mittlere Dauer der Tätigkeit im jeweiligen Bereich, ermittelt aus $\sum$ und n

s: Standardabweichung um den Mittelwert $\bar{x}$

Tabelle A1: Aufgliederung der klinischen Tätigkeit bis zur Niederlassung nach Institutionsart und Fachrichtung

	AX	AY	AZ	AW	AV	A
Σ	45	69,5	105,5	15,5	14	249,5
Σ %	11,1 %	17 %	26 %	4 %	3,4 %	61,5 %
n/n %	12/30%	19/47,5%	16/40%	7/17,5%	2/5%	32/80 %
$\bar{x}$/s	3,8/2,5	3,7/3,0	6,6/3,7	2,2/1,4	-	7,8/4,1
	BX	BY	BZ	BW	BV	B
Σ	3	10	59,5	-	-	72,5
Σ %	0,7 %	2,5 %	14,7 %	-	-	17,9 %
n/n %	1 / 2,5 %	4/10 %	12/30 %	0	0	17/42,5 %
$\bar{x}$/s	-	2,5/2,5	5/3,6	-	-	4,3/3,3
	CX	CY	CZ	CW	CV	C
Σ	3	12	4	1,75	3	83,75
Σ %	0,7 %	3 %	1 %	15,2 %	0,7 %	20,6 %
n/n %	2/5 %	2/5 %	2/5 %	18/45 %	1/2,5 %	20/50 %
$\bar{x}$/s	-	6/4,2	2/0	3,4/2,2	-	4,2/2,9
	X	Y	Z	W	V	$\Sigma\Sigma$
Σ	51	91,5	169	72,25	17	405,75
Σ %	12,6 %	22,6 %	41,7 %	18,5 %	4,2 %	100 %
n/n %	15/37,5 %	24/60 %	26/65 %	20/50 %	3/7,5 %	40/100 %
$\bar{x}$/s	3,4/2,3	3,8/3,6	6,5/3,6	3,8/2,1	5,7/ -	10,1/4,2

Tabelle A 2: Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis. Errechnet nach Angaben von 34 niedergelassenen Nervenärzten.

	Durchschnitt aller angegebenen Häufigkeiten	Anzahl Patienten pro Praxis	Gesamtzahl der Patienten	Durchschnitt aller angegebenen Häufigkeiten nach Praxisgröße (nur psychiatrische Pat.)
Schizophrenie	$\bar{x}$ = 8,7 % s = 7,6 %	$\bar{x}$ = 29,3	$\bar{x}$ = 996	$\bar{x}$ = 7,8 %
Zyklothymie	$\bar{x}$ = 25,1 % s = 16,8 %	$\bar{x}$ = 100,1	$\bar{x}$ = 3403	$\bar{x}$ = 26,6 %
Atypische Psychosen	$\bar{x}$ = 3,6 % s = 3,8 %	$\bar{x}$ = 14,4	$\bar{x}$ = 490	$\bar{x}$ = 3,7 %
Hospitalismus-geschädigt	$\bar{x}$ = 0,9 % s = 1,4 %	$\bar{x}$ = 3,2	$\bar{x}$ = 109	$\bar{x}$ = 0,8 %
abnorme Persönlichkeit	$\bar{x}$ = 7,3 % s = 9,9 %	$\bar{x}$ = 25,8	$\bar{x}$ = 877	$\bar{x}$ = 6,9 %
abnorme Erlebnisreaktion	$\bar{x}$ = 10,6 % s = 9,9 %	$\bar{x}$ = 38,0	$\bar{x}$ = 1292	$\bar{x}$ = 10,1 %
Neurosen	$\bar{x}$ = 18,7 % s = 16,8 %	$\bar{x}$ = 74,8	$\bar{x}$ = 2543	$\bar{x}$ = 19,9 %
Suchtleiden	$\bar{x}$ = 7,6 % s = 6,2 %	$\bar{x}$ = 28,1	$\bar{x}$ = 955	$\bar{x}$ = 7,5 %
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	$\bar{x}$ = 12,9 % s = 9,4 %	$\bar{x}$ = 45,7	$\bar{x}$ = 1554	$\bar{x}$ = 12,2 %
Oligophrenien	$\bar{x}$ = 2,5 % s = 3,4 %	$\bar{x}$ = 8,7	$\bar{x}$ = 295	$\bar{x}$ = 2,3 %

Tabelle A 3: Geschlechtsverteilung niedergelassener Nervenärzte

	weiblich		männlich	
	absolut	%	absolut	%
NÄ in freier Praxis,*) Bundesrepublik ohne West-Berlin 1.1.75	275	22	951	78
Bundesrepublik ohne**) West-Berlin 1.1.78 (NÄ in freier Praxis)	357	25	1077	75
Eigene Untersuchung niedergel. NÄ 1.8.78	11	27	30	73
Niedergelassene Ärzte**) insgesamt, BRD ohne West-Berlin 1.1.78	44.237	18	9613	82

*) nach Gehb 1975

**) nach Gehb 1978

Es ist mir eine angenehme Pflicht, für erhaltene Hilfe bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit meinen Dank zum Ausdruck zu bringen.

Er gilt allen niedergelassenen Nervenärzten, die trotz großer Arbeitslast durch ihre Beteiligung an der Befragung diese Arbeit ermöglicht haben.

Besonders bin ich Herrn Professor Dr. O. Schrappe für die Überlassung des Themas und großzügige Unterstützung des Vorhabens zu Dank verpflichtet.

Bei Herrn Professor Dr. H. Sattes bedanke ich mich für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Dr. T. Milech, als Koordinator des Gesamtvorhabens, zu dem diese Arbeit gehört, sowie meinem Freund F. Hempfling, der im Rahmen seiner Dissertation an der Befragung der niedergelassenen Nervenärzte mitgewirkt hat, danke ich für viele wertvolle Anregungen und Kritiken während der einzelnen Phasen der Arbeit.

Ferner danke ich Frau R. Langer und Herrn H. Schraml für ihre Hilfe bei der äußeren Gestaltung der Arbeit, Frau E. Vogler sowie dem Personal der Universitätsbibliothek Würzburg für Hilfe bei der Beschaffung der Literatur.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern - Erster bayerischer Landesplan zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter. Unveröffentlichte Kurzfassung der Ergebnisse der bisherigen Abstimmungsgespräche des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, München: 1978

AMTENBRINK, H.: Aus der Kartei eines Nervenarztes (Bilanz nach 2 1/2 jähriger Praxis). Der Nervenarzt 34, 183-185 (1963)

BACH, O., FELDES, D., THOM, A., WEISE, K.: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Leipzig; Thieme 1976

BAUER, M.: Psychiatrie. Eine Einführung. Stuttgart; Thieme 1975 (2. Auflage)

BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik - Anspruch, Wirklichkeit und praktische Erfahrungen. Stuttgart; Enke 1977

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Grundsätze zur Bewirtschaftung des neuen Psychiatrietitels. Entwurf, Stand 1.6.1979

Bericht der Enquête-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 und 7/4201, Bonn: 1975 (zitiert als "Bericht (1975)")

BOSCH, G., PIETZCKER, A.: Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Bericht: op.cit. 1975, Anhang, 364-360

BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen - Neurosen - Abnorme Persönlichkeiten. Seelische Krankheiten im Grundriß. Stuttgart; Thieme 1978 (4. Auflage)

BURKART, W.: Die Psychiatrie-Enquête war überflüssig.
Deutsches Ärzteblatt 76, 763-766 (1979)

CARMICHAEL, H.T., TEMPLETON, B., SMALL, S.M., KELLEY, P.R.:
Results of the 1972 APA self-assesment program.
The American Journal of Psychiatry 131, 658-661 (1974)

COMSTOCK, G.W., HELSING, K.J.: Symptoms of depression in two communities.
Psychology in Medicine 6, 551-563 (1976)

COPELAND, J.R., COOPER, J.E., KENDELL, R.J., GOURLAY, A.J.:
Differences in the usage of diagnostic labels among psychiatrists in the british isles.
British Journal of Psychiatry 118, 629-640 (1971)

CORNELSEN, J., DAHLHOFF, S.: Die nervenärztliche Versorgung Südniedersachsens.
Akta gerontopsychiatrica 4, 451-457 (1974)

CRAIG, T.J., VAN NATTA, P.A.: Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms.
Archives of General Psychiatry 36, 149-154 (1979)

CRAMER, M. und GOTTWALD, P. (Hrsg.): VT in der Diskussion.
Sonderheft der GVT, München; Eigenverlag 1974

CRANACH, M. von und STRAUSS, A.: Die internationale Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnostik.
In: Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie.
Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1978

CRANO, W.D. und BREWER, M.B.: Einführung in die sozialpsychologische Forschung - Methoden und Prinzipien.
Köln; Kiepenheuer und Witsch 1975

DEGKWITZ, R.: Zur Planung und Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der BRD - Planungs-Prinzipien - Synopsis vorliegender Pläne.
Der Nervenarzt 44, 585-593 (1973)

DEGKWITZ, R., RÖMER, K., RUDOLPH, W., SCHULTE, P.W.:
Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 2, 114-115 (1973)

DEGKWITZ, R., SCHULTE, P.W.: Zur Tätigkeit der Nervenärzte und der Versorgung psychiatrisch Kranker und Behinderter in der BRD.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 2, 182-188 (1973)

Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten: Psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Bayern.
München: 1971 (zitiert als Denkschrift (1971))

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN): Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik: Deutsches Ärzteblatt 68, 2439-2445 und 2485-2490 (1971)

DILLING, H.: Nervenärzte in der Praxis, Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung.
Psychiatrische Praxis 1, 99-106 (1974)

DILLING, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung.
Der Nervenarzt 48, 586-602 (1977)

DILLING, H., WEYERER, S.: Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns.
In: Bericht: op.cit. 1975, Anhang, 361-381

DILLING, H., WEYERER, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München, Wien, Baltimore; Urban & Schwarzenberg 1978

DILLING, H., WEYERER, S., LISSON, H.: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte.
Social Psychiatry 10, 111-131 (1975)

DÖRNER, K., PLOG, U. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie.
Neuwied und Berlin; Luchterhand 1972

DÖRNER, K., PLOG, U.: "Irren ist menschlich" - Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie.
Wunstorf; Psychiatrie-Verlag 1978

EHRHARDT, H.E. (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie.
Frankfurt/Main; Gerhards 1972

FÄHNDRICH, E., KRUCKENBERG, P., PONTZEN, W.: Befragung von Psychiatern in Praxis und Klinik zur gegenwärtigen Versorgungssituation psychiatrischer Patienten in Berlin. Psychiatrische Praxis 3, 214-221 (1976)

FEUERLEIN, W.: Behandlung der Alkoholiker in der ärztlichen Praxis.
Social Psychiatry 7, 36-46 (1972)

FINZEN, A.: Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung - notwendige Strukturreform oder "unrealistisches Wunschdenken"?
Der Nervenarzt 43, 37-44 (1972)

FINZEN, A.: Psychiatrische Dienste und die Beeinflussung von Schlüsselpersonen.
In: Kisker, K.P. und Mitarbeiter: op.cit. 1975, Band III. 319-325

FINZEN, A., SCHÄDLE-DEININGER, H.: Die Psychiatrie-Enquête - kurzgefaßt.
Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie.
Wunstorf; Psychiatrie-Verlag 1976

GABRIEL, E.: Häufigkeit und Erscheinungsbild "chronischer" Depressionen in einer nervenärztlichen Großstadtpraxis.
Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete 28, 255-264 (1970)

GARDNER, E.A.: The role of the classification system in outpatient psychiatry.
In: Katz, M.M. (Ed.): The role and methodology of classification in psychiatry and psychopathology.
Cherry Chase 1968

GEHB, K.: Die ärztliche Versorgung in der BRD - Ergebnisse der Ärztestatistik zum 1. Januar 1975.
Deutsches Ärzteblatt 72, 1263-1268 (1975)

GEHB, K.: Die ärztliche Versorgung in der BRD - Ergebnisse der Ärztestatistik zum 1. Januar 1978.
Deutsches Ärzteblatt 75, 1321-1332 (1978)

GIEL, R.: Psychiatric outpatient services in a dutch province.
Unveröffentlichtes Manuskript: Groningen 1973
(zit. nach Dilling (1977))

GOLAN, S., EISDORFER, C. (Eds.):
Handbook of Community Mental Health. New York 1972

GOLDBERG, D.P., COOPER, B., EASTWOOD, M.R., KEDWARD, H.B., SHEPARD, M.: A standardized psychiatric interview for use in community surveys.
British Journal of Preventive and Social Medicine 24, 18-23 (1970)

HÄFNER, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie.
Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1978

HEINRICH, K., MÜLLER, U.: Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als dem Kernstück der Psychiatriereform.
Der Nervenarzt 48, 578-585 (1977)

HELMCHEN, H., KIELHOLZ, P., BROOKE, E., SARTORIUS, N.: Zur Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen.
Der Nervenarzt 44, 292-299 (1973)

HELMCHEN, H., LAUTER, H.: Zur psychiatrischen Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland.
Der Nervenarzt 49, 2-8 (1978)

HEMPFLING, F.: Aspekte der psychosozialen Versorgungsstruktur aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte unter besonderer Berücksichtigung teilstationärer und komplementärer Einrichtungen.
Medizinische Dissertation: Würzburg 1980

JAKUBASCHK, J., KLUG, J., REY, E.-R.: Abschlußbericht von Projekt A 1: "Aufbau eines kumulativen psychiatrischen Fallregisters"
SFB 116, Mannheim; unveröffentlichtes Manuskript

JAKUBASCHK, J., WERNER, J.: Übereinstimmung bei der Charakterisierung und Möglichkeiten zur Abgrenzung von zehn psychiatrischen Diagnosen. Ergebnisse aus einer Voruntersuchung für eine Reliabilitätsstudie.
Social Psychiatry 9, 47-59 (1974)

JANKE, M.: Der Ausverkauf findet nicht statt.
Psychiatrische Praxis 1, 116-123 (1974)

KATSCHNIK, H.: Psychotherapiebedarf.
Psychiatrische Praxis 2, 28-34 (1975)

KENDELL, R.E., PICHOT, P., CRANACH, M. von: Diagnostic criteria of english, french and german psychiatrists.
Psychological Medicine 4, 187-195 (1974)

KISKER, K.P.: Eine Prognose der Psychiatrischen Therapeutik. Der Nervenarzt 44, 184-194 (1973)

KISKER, K.P.: Ausverkauf der Psychiatrie? Psychiatrische Praxis 1, 107-116 (1974)

KISKER, K.P., MEYER, J.-E., MÜLLER, M., STRÖMGREN, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band III: Soziale und angewandte Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1975 (2. Auflage)

KLUG, J., REY, E.-R., WELZ, R.: Stabilitäten und Übergangswahrscheinlichkeiten psychiatrischer Diagnosen. In: Häfner, H.: op.cit. 1978

KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Leipzig; J.A. Barth (8. Auflage), Bde 1-4

LAUTER, H.: Epidemiologie der großen psychiatrischen Störungen. In: Blohmke, M., Färber, Ch. von, Kisker, K.P., Schaefer, H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band II, 374-447, Stuttgart; Enke 1977

LEICHNER, R.: Zur Verarbeitung psychiatrischer Information I. Diagnostica 20, 147-166 (1975)

LEICHNER, R.: Zur Verarbeitung psychiatrischer Information II. Diagnostica 22, 163-180 (1976)

LEY, P.: The reliability of psychiatric diagnosis - some new thoughts. The British Journal of Psychiatry 121, 41-43 (1972)

MEYER, J.E.: Diagnostische Einteilung und Diagnoseschemata in der Psychiatrie. In: Gruhle, H.W., Jung, R., Mayer-Gross, W., Müller, M.: Psychiatrie der Gegenwart, Band III. Berlin; Springer 1961 (1. Auflage), 130-180

MEYER, J.E.: Psychopathie - Neurose. In: Kisker, K.P. und Mitarbeiter: op.cit. 1972, Band II/1, 343-350

MILECH, T., TORRES, D.: La reforme structurale de la psychiatrie en Republique Federale Allemande. Unveröffentlichtes Manuskript (1979)

MOMBOUR, W.: Klassifikation, Patientenstatistik, Register. In: Kisker, K.P. und Mitarb.: op.cit. 1975, Band III, 81-118

MÜLLER, P., HARTMANN, W.: Zur ambulanten Weiterbehandlung und Kurzstrecken-Prognose schizophrener Patienten nach der ersten Hospitalisierung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 43, 210-220 (1975)

OESTERREICH, K.: Psychiatrie des Alterns. Heidelberg; Quelle & Meyer 1975

OTT, B.: Das Krankengut einer nervenfachärztlichen Praxis im Vergleich zur Klinik. Der Nervenarzt 35, 504-509 (1964)

OTT, B.: Wandlung im Krankengut einer nervenärztlichen Praxis. Der Nervenarzt 45, 482-485 (1974)

OVERALL, J.E., HIPPIUS, H.: Psychiatric diagnostic concepts among german speaking psychiatrist. Comprehensive Psychiatry 15, 103-117 (1974)

RÖMER, K.: Studie über die Tätigkeit niedergelassener Nervenärzte in der BRD. Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 6, 83-84 (1977)

ROOYMANS, H.G.: A therapeutic bias in making psychiatric diagnosis. Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia 75, 359-370 (1972)

ROSSI, R., DELMONTE, P.: Cycloid psychosis in italian models of diagnosis. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie 22, 289-293 (1970)

SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Stuttgart; Enke 1973 (3. Auflage) Band 2, 66-190

SHEPERD, M., COOPER, B., BROSON, A.C., KALTON, G.: Psychiatric illness in general practice. London; University Press 1966

SOMMER, G., ERNST, H.: Gemeindepsychologie.
München, Wien, Baltimore; Urban & Schwarzenberg 1977

SPITZER, R.L., FLEISS, J.L.: A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis.
The British Journal of Psychiatry 125, 341-347 (1974)

STANDAGE, K.F.: The diagnosis of personality disorders.
Canadian Psychiatric Association Journal 23, 15-22 (1978)

Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1978 für die Bundesrepublik Deutschland.
Stuttgart; W. Kohlhammer 1978

STRÖMGREN, E.: Epidemiological basis for planing - second symposium on psychiatric epidemiology.
Vortrag in Mannheim, Juli 1972 (zit. nach Dilling u. Mitarb. 1975)

TURNS, D.: The epidemiology of major affective disorders.
American Journal of Psychotherapy 32, 5-19 (1978)

WALTON, H.J., FOULDS, G.A., LITTMANN, S.K., PRESLY, A.S.: Abnormal personality.
The British Journal of Psychiatry 116, 497-510 (1970)

WEINLAND, W.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 4, 110-118 (1975)

WEINLAND, W., HOHEISEL, H.P., GROBE, E.: Psychiatrie - Heute und morgen.
Frankfurt/Main; Eigenverlag 1973

WEINLAND, W., HOHEISEL, H.P., RÖMER, K.: Ambulante psychiatrische Versorgung - Realitäten und machbare Verbesserungen.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 5, 26-32 (1976)

WEISE, K., BACH, O.: Zum Problem der Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems.
In: Bach, O. und Mitarb.: op.cit. 1976

WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N.: Measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge; Cambridge University Press 1974

WING, J.K., HAILEY, A. (Eds.): Evaluating a community psychiatric service. The Comberwell Register 1964-1971. London; Oxford University Press 1972

ZERSSEN, D. von: Typus. In: Müller, Chr. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1973, 540-542

ZUBIN, J.: Classification of the behavior disorders. Annal Review of Psychology 18, 373-401 (1967)

L e b e n s l a u f

Name:	Ludwig, Achim Kappos
Geburtsdatum:	11. April 1953
Geburtsort:	Erlangen
Staatsangehörigkeit:	griechisch
Konfession:	evangelisch
Eltern:	Demetrios Kappos, em. Professor für Mathematik an der Universität Athen
	Elisabeth Kappos, geb. Groß, Studienassessorin für Anglistik und Germanistik
Geschwister:	Andreas Kappos, Dr.rer.nat. und Arzt
	Iris Kappou-Rigatou, Dr.med., Fachärztin für Innere Medizin
Ausbildung:	
1958 - 1964:	Versuchsschule der Universität Athen
1964 - 1970:	Deutsche Schule Athen (Dörpfeld-Gymnasium)
seit WS 1970/71:	Studium der Medizin an der Universität Würzburg
seit WS 1973/74:	Studium der Psychologie an der Universität Würzburg

Im Sommer 1977 habe ich das Medizinische Staatsexamen bestanden. Meine Medizinalassistentenzeit verbrachte ich an der Med. Poliklinik der Universität Würzburg, am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg und an der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Kitzingen.

Im Sommer 1979 legte ich die schriftliche und mündliche Diplomprüfung für Psychologie ab.

Seit September 1979 bin ich mit der Ärztin Sabine Balling-Kappos verheiratet.

Am 1. Oktober 1979 habe ich an der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg meine Ausbildung zum Facharzt für Nervenheilkunde begonnen.

Würzburg, den 1. Februar 1980

Ludwig Kappos

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80